



Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



VOLUME 11, NÚMERO 2, 2020

submissão online

04

Editorial

EMPREENDEADORISMO NA ENFERMAGEM: UMA NECESSIDADE PARA INOVAÇÕES NO CUIDADO EM SAÚDE E VISIBILIDADE PROFISSIONAL

José Luis Guedes dos Santos, Alisson Fernandes Bolina

06

Sistema Cofen/Conselhos Regionais em Foco

Artigo 1 - Relato de Experiência

COMITÊ GESTOR DE CRISE DO CORONAVÍRUS NO ÂMBITO DO COFEN

Viviane Camargo Santos, Marcelo Felipe Moreira Persegona, Eduardo Fernando de Souza, Walkirio Costa Almeida, Michely Filete, Manoel Carlos Neri da Silva

11

Artigo 2 - Original

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE CHECKLIST DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIAS PARA ANGIOPLASTIA

Juliana Balbinot Reis Gironi, Patrícia Bússolo, Luciana Martins da Rosa, Lucia Nazareth Amante, Luciara Fabiane Sebold, Francine Lima Gelbeck, Eluze Luz Ouriques Neta

18

Artigo 3 - Original

ÍNDICE AUTORREFERIDO PELA EQUIPE DE ORTOPEDIA SOBRE A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO

Taysa de Fátima Garcia, Adriana Cristina Oliveira

25

Artigo 4 - Original

SILENCIAMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS MOTIVOS DA NÃO RECOMENDAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO CRUZADA

Cristiane Santos Gomes, Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, Patrícia Lima Pereira Peres, Lilian Koifman

31

Artigo 5 - Original

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA COMO TRATAMENTO ADJUVANTE PARA FERIDAS: ESTUDO DE PREVALENCIA

Camila Lopes Liandro, Marcia Santos, Mônica de Almeida Carreiro, Karinne Cristinne da Silva Cunha, Danielle Galdino de Paula

37

Artigo 6 - Original

IMIGRAÇÃO DE VENEZUELANOS E OS DESAFIOS ENFRENTADOS POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Paulo Sérgio da Silva, Loeste Arruda-Barbosa

44

Artigo 7 - Original

PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO: ANÁLISE À LUZ DA INTEGRALIDADE

Camila Rodrigues Barbosa Nemer, Gabrielle Paixão Guedes, Natália Ramos dos Santos, Francineide Pereira da Silva Pena, Walter de Souza Tavares, Elizabeth Teixeira

50

Artigo 8 - Original

ONDE ESTÁ A ENFERMAGEM? A (IN)VISIBILIDADE DESTA CATEGORIA PROFISSIONAL NOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO

João Caio Silva Castro Ferreira, Hylda Mara Cruz de Moraes, Francisco José de Araújo Filho, Maria Karolayne de Araújo Pereira, Marcos Renato de Oliveira

57

Artigo 9 - Original

ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS UTILIZADAS PELA ENFERMAGEM FRENTE À MORTE EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Luisa Schirmann Vasconcelos, Silviomar Camponogara, Eliane Tasch Neves, Mônica Strapazon Bonfada, Gisele Loise Dias, Aline Bin

64

Artigo 10 - Original

DECISÕES DA JUSTIÇA DO TRABALHO SOBRE AS DEMANDAS NO CAMPO DA ENFERMAGEM

Urbanir Santana Rodrigues, Eder Pereira Rodrigues, Paulo Eduardo Santos Santana, Sinara Vera, Jamille Sampaio Berhends, Tatiane Araújo dos Santos, Ariane Cedraz Moraes

70

Artigo 11 - Original

LEGISLAÇÃO TRABALHISTA INTERNACIONAL E SUA INTERFACE COM A SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Samara Sousa Castro Brandão, Bianca Ianne Carlos Gonçalves, Maria Júlia Barbosa Muniz, Alisson Salatiek Ferreira de Freitas, Antonio Rodrigues Ferreira Junior, Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

78

Artigo 12 - Original

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO RIO GRANDE DO SUL

Magda Regina Dorr, Gabriella Barbosa Nadas, Celia Sapin Duarte, Cristiane Damiani Tomasi, Lisiane Tuon

85

Artigo 13 - Original

CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS RELACIONADOS A PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Janaina Souza de Liz, Pollyana Bortholazzi Gouvea, Adriano da Silva Acosta, Juliana Vieira de Araújo Sandri, Dagoberto Mior de Paula, Silmara Costa Maia

91

Artigo 14 - Original

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O CUIDADO A PACIENTES ONCOLÓGICOS

Anne Fayma Lopes Chaves, Uquiana Lucas Pereira, Alessandro Monteiro da Silva, Luana Nunes Caldini, Luana Cavalcante Lima, Hérica Cristina Alves de Vasconcelos

98

Artigo 15 - Original

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO ENDOVENOSO EM PACIENTES DE HOSPITAL DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Deyse Maria Alves Rocha, Eva Anny Welly de Sousa Brito, Thais Lima Vieira de Souza, Rafaela de Oliveira Mota, Maira de Ciero Miranda, Francisca Elisângela Teixeira Lima

105

Artigo 16 - Original
CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM LESÕES DE PELE HOSPITALIZADOS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICA

Rochelli Bernardes Stefanello, Silvana Mara Janing Prazeres, Fernanda Silva dos Santos, Joel Rolim Mancina, Sandra Maria Cezar Leal

112

Artigo 17 - Original
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

Natana de Moraes Ramos, Jacira dos Santos Oliveira, Maria Naiane Rolim Nascimento, Célida Juliana de Oliveira, Maria Miriam Lima da Nóbrega, Nuno Damácio de Carvalho Félix

120

Artigo 18 - Original
ACESSO À INSULINOTERAPIA DE USUÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Mariana da Conceição Santana Lima, Paulo Henrique Fernandes Santos, Keila Cristianne Trindade da Cruz, Lucas Cardoso dos Santos, Valéria Bertonha Machado, Juliane Andrade

127

Artigo 19 - Original
CRITÉRIOS CLÍNICOS E INSUMOS UTILIZADOS NO BANHO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO

Samara Cecília Sabino Pereira da Silva, Elizandra Cassia da Silva Oliveira, Regina Célia de Oliveira, Ana Virginia Rodrigues Verissimo, Katia Maria Mendes

133

Artigo 20 - Original
CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AOS SINAIS E SINTOMAS DA SEPSE

André Luiz Alvim, Larissa Maria Silvano, Rebeca Tavares de Melo Ribas, Renata Lacerda Prata Rocha

139

Artigo 21 - Original
A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UMA CIDADE BRASILEIRA MINEIRA: PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE 10 ANOS

Fernanda Ávila da Costa Pereira, Dayse Mary da Silva Correia

146

Artigo 22 - Original
EPIDEMIOLOGIA DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Érika Vanessa Serejo Costa, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Maria Adelane Monteiro da Silva, Luciano Garcia Lourenção

154

Artigo 23 - Original
PERFIL DOS ENFERMEIROS PERFUSIONISTAS BRASILEIROS ATUANTES NO MERCADO DE TRABALHO

Andrelise Maria Nicoletti

160

Artigo 24 - Original
PERCEPÇÃO ACERCA DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO EM CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônio Ademar Moreira Fontenele Júnior, Raissa Mont'Alverne Barreto, Marcos Aguiar Ribeiro, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, Maria do Socorro Melo Carneiro, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

168

Artigo 25 - Original
ACESSO E ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Ellen Christiane Corrêa Pinho, Thais Amanda Nunes da Cunha, Messias Lemos, Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira, Luciano Garcia Lourenção, Helder Henrique Costa Pinheiro, Eliã Pinheiro Botelho, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

176

Artigo 26 - Original
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER: FATORES ASSOCIADOS E MORTALIDADE

Andressa Midori Sakai, Jaqueline Meira Uelse dos Santos, Giovana Ciquinato, Maria Fernanda Razaboni Del Conti, Renata Aparecida Belei, Gilselena Kerbauy

182

Artigo 27 - Revisão Integrativa de Literatura
POTENCIAIS REPERCUSSÕES CLÍNICAS DECORRENTES DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM TERAPIA INTENSIVA

Maiara Benevides Moreira Berardinelli, Samara Oliveira Moreira, Matheus Kirton dos Anjos, Lucy Ana Miguereles do Nascimento, Graciele Oroski Paes

191

Artigo 28 - Revisão Integrativa de Literatura
INDICADORES DE QUALIDADE APLICADOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Joyce Soares e Silva, Hilda Dandara Carvalho Santos Leite, Márcia Astrês Fernandes, Lidya Tolstenko Nogueira, Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino, Silvana Santiago da Rocha

198

Artigo 29 - Relato de Experiência
PRÉ-NATAL MASCULINO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Layres Canuta Cardoso Climaco, Alba Benemerita Alves Vilela, Sérgio Donha Yarid, Eduardo Nagib Boery

204

Artigo 30 - Artigo de Reflexão
INCIVILIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro, Sergio Valverde Marques dos Santos, Sebastião Elias da Silveira, Vanessa Augusto Bardaquim, Marcia Andrade Queiroz Ozanam, Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

209

ERRATA

EMPREENDEDORISMO NA ENFERMAGEM: UMA NECESSIDADE PARA INOVAÇÕES NO CUIDADO EM SAÚDE E VISIBILIDADE PROFISSIONAL



José Luis Guedes dos Santos

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.
Editor Associado da Revista Enfermagem em Foco.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3186-8286>
Email: jose.santos@ufsc.br



Alisson Fernandes Bolina

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1364-0176>
Email: alissonbolina@unb.br

O desenvolvimento de competências para a inserção no mercado de trabalho e o atendimento das necessidades da sociedade é cada vez mais importante para os profissionais de enfermagem. Esse é um processo que deve ocorrer desde o momento da formação visando à construção de um perfil empreendedor, que envolve características como autoconfiança, espírito crítico, proatividade, criatividade, disposição para a inovação e capacidade de negociação, entre outras competências.

De modo geral, o empreendedorismo pode ser definido como o ato de fazer algo novo e diferente, a partir da identificação de necessidades não atendidas e proposição de soluções inovadoras e criativas. Isso pode acontecer dentro de um nicho de mercado, o que caracteriza o empreendedorismo empresarial; enquanto colaborador de uma empresa, o que se configura como intraempreendedorismo; ou em prol da transformação social, sendo denominado de empreendedorismo social.⁽¹⁾ Assim, diferente da visão predominante no senso comum, o empreendedorismo não está associado somente ao desenvolvimento de um negócio com finalidade lucrativa.

Na Enfermagem, o empreendedorismo social ocorre quando o enfermeiro atua como agente de mudanças e transformações positivas para pacientes e famílias inseridos em sua comunidade. O intraempreendedorismo remete à atuação do enfermeiro como um agente de mudança e inovação em organizações públicas e privadas, nas quais atuam como empregados. O empreendedorismo empresarial caracteriza-se pela prática autônoma de enfermeiros, como, por exemplo, em consultórios no atendimento de pacientes com feridas, cuidado domiciliar, assistência privada nos serviços de obstetrícia e puerpério materno.⁽¹⁾ No contexto

do empreendedorismo empresarial, é importante pontuar que, no Brasil, o funcionamento dos consultórios e clínicas de Enfermagem é regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem por meio da Resolução nº. 0568/2018⁽²⁾, o que representa um avanço e incentivo para a prática autônoma do enfermeiro.

Diante dessas diferentes tipologias, considera-se que o empreendedorismo não é apenas uma competência importante para a busca de uma prática autônoma, mas também uma característica que potencializa a prática dos profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas e coletividades. A Enfermagem tradicionalmente tem potencial para o desenvolvimento de inovações e transformações no processo de cuidar em saúde. A própria história da Enfermagem ilustra esse espírito empreendedor a partir da figura de Florence Nightingale.

No século XIX, pela sua atuação pioneira da Guerra da Crimeia e fundação da Escola de Enfermagem no Hospital *Saint Thomas* na Inglaterra, ela deu início às bases científicas da profissão e tornou-se a precursora da Enfermagem Moderna. Esses feitos tornam-na também um grande exemplo de uma enfermeira empreendedora.

Apesar disso, o empreendedorismo ainda está longe de ser um tema frequente nas discussões e rodas de conversa no contexto da prática, do ensino e da pesquisa em enfermagem. Portanto, torna-se necessário divulgar e desmistificar o tema entre os profissionais de enfermagem a fim de instigá-los na (re)criação e busca por inovação nos processos que envolvem o trabalho em saúde, bem como para o desenvolvimento e implementação de tecnologias de cuidado pautadas nas necessidades sociais e institucionais.⁽³⁾

No âmbito da graduação, as Empresas Júniores (EJ) representam uma estratégia criativa de ensino-aprendizado para formação empreendedora, em que os alunos são instigados a construir e conquistarem novos campos de atuação profissional.⁴ A EJ é associação sem fins lucrativos de cunho educacional, formadas e geridas apenas por alunos da graduação, que ofertam serviços de qualidade sob orientação de professores/consultores e com custo competitivo, tornando-se mais atrativas economicamente. De acordo com dados da Brasil Júnior, há aproximadamente, 900 EJ no País. Porém, apenas três EJ federadas no âmbito nacional são da área da Enfermagem.⁵ Esse dado indica a necessidade de investimentos em âmbito universitário para a formação de enfermeiros empreendedores, seja por meio de EJ ou outras estratégias.

Uma formação empreendedora pode contribuir na oferta de respostas às necessidades sociais e de cuidado em saúde da população, sobretudo na criação de práticas inovadoras necessárias frente as constantes transformações econômicas, sociais, políticas e ambientais. Ademais, o empreendedorismo como estratégia para profissão enquanto prática social, pode modificar o status quo, isto é, lutar pela melhoria das condições de trabalho e para a consolidação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde nos serviços de saúde.⁶ Assim, o empreendedorismo na enfermagem representa uma possibilidade para inovações no cuidado em saúde e, por conseguinte, ampliação da visibilidade da profissão no sistema de saúde e na sociedade de forma mais ampla também.

A divulgação da produção do conhecimento e das práticas

desenvolvidas pela Enfermagem também pode contribuir para o fortalecimento e maior visibilidade do seu potencial empreendedor. Dessa forma, a partir da publicação de artigos originais, artigos de revisão, artigos de opinião, reflexão e relato de experiência, esta edição da Revista Enfermagem em Foco contém uma variedade de inovações desenvolvidas por enfermeiros no cuidado em saúde nos mais diversos cenários de prática e regiões do Brasil.

O empreendedorismo não é apenas uma competência importante para a busca de uma prática autônoma, mas também uma característica que potencializa a prática dos profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas e coletividades. Por meio do empreendedorismo empresarial, intraempreendedorismo e empreendedorismo social o enfermeiro pode contribuir para inovações no cuidado em saúde e, por conseguinte, ampliar a visibilidade da profissão.

Descritores: Mercado de Trabalho; Contrato de Risco; Educação em Enfermagem; Papel do Profissional de Enfermagem.

ENTREPRENEURSHIP IN NURSING: A NEED FOR INNOVATIONS IN HEALTH CARE AND PROFESSIONAL VISIBILITY

Descriptors: Labor Marketing; Risk Contract; Education, Nursing; Nurse's Role.

EMPREDIMIENTO EN ENFERMERÍA: NECESIDAD DE INNOVACIONES EN ATENCIÓN MÉDICA Y VISIBILIDAD PROFESIONAL

Descritores: Mercado de Trabajo; Acuerdo de Riesgo; Educación en Enfermería; Rol de la Enfermera.

1. Copelli FHS, Erdmann AL, Santos JLG. Entrepreneurship in Nursing: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 1):289-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0523>

2. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN nº 568, de 9 de fevereiro de 2018. Aprova o Regulamento dos Consultórios de Enfermagem e Clínicas de Enfermagem. Diário Oficial da União 2018; 20 fev.

3. Backes DS, Obem MK, Pereira SB, Gomes CA, Backes MTS, Erdmann AL. Learning Incubator: an instrument to foster entrepreneurship in Nursing. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):794-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20156806151>

4. Spagnol CA, Bastos JM. Empresa Júnior: espaço criativo e empreendedor de ensino-aprendizagem na Enfermagem. Enferm. Foco. 2015 [Acesso 18 dez 2019];4(3,4):164-6. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/541>

5. Bolina AF. A enfermagem no contexto sociopolítico e econômico contemporâneo: estímulo ao empreendedorismo privado e/ou fortalecimento do empreendedorismo social? Rev Enferm Atenção Saúde 2019 [Acesso 13 jun 2020]; 8(1):1-3. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3898>

6. Confederação Brasileira de Empresas Júniores. Relatório Censo & Identidade [Internet]. Brasília: Brasil Júnior; 2018 [Acesso 18 dez 2019]. Disponível em: <https://www.brasiljunior.org.br/conheca-o-mej>

ARTIGO 1 - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sistema Cofen/Conselhos Regionais em Foco

COMITÊ GESTOR DE CRISE DO CORONAVÍRUS NO ÂMBITO DO COFEN

Viviane Camargo Santos¹

<https://orcid.org/0000-0002-9337-3775>

Marcelo Felipe Moreira Persegona¹

<https://orcid.org/0000-0002-8430-9317>

Eduardo Fernando de Souza¹

<https://orcid.org/0000-0002-2108-6507>

Walkirio Costa Almeida²

<https://orcid.org/0000-0001-9260-7982>

Michely Filete³

<https://orcid.org/0000-0002-8960-7444>

Manoel Carlos Neri da Silva⁴

<https://orcid.org/0000-0001-6896-4234>

Objetivo: Descrever ações do Conselho Federal de Enfermagem através do Comitê Gestor de Crise para o Coronavírus no país. **Método:** descrição de atividades na modalidade de relato de experiência que teve seus dados coletados nos arquivos, documentos e relatório do Comitê Gestor de Crise em junho de 2020. **Resultados:** Identificou-se dez macro ações: criação do Comitê Gestor de Crise, Campanha “Juntos contra o Coronavírus”, Observatório da Enfermagem, Ouvidoria e Denúncias, Equipamentos de Proteção Individual, Medidas Legais, Apoio em Saúde Mental, Capacitação Profissional e Plantão do Comitê de Crise. **Considerações Finais:** as ações desenvolvidas nesse período pelo Cofen contribuíram para aumentar sua interação com os profissionais de enfermagem, bem como para promover a valorização destes perante as agências de saúde governamentais nacionais e internacionais, poder público e mídia nacional e internacional, destacando-se frente a outros conselhos de classe no país.

Descritores: Enfermagem; Infecções por Coronavírus; Prática Profissional.

CORONAVIRUS CRISIS MANAGEMENT COMMITTEE WITHIN THE FEDERAL NURSING COUNCIL

Objective: To describe actions of the Federal Nursing Council through the Crisis Management Committee for Coronavirus in the country.

Method: description of activities in the experience report modality that had its data collected in the files, documents and report of the Crisis Management Committee, in June 2020. **Results:** Ten macro actions were identified: creation of the Crisis Management Committee, “Together against Coronavirus” Campaign, Nursing Observatory, Ombudsman and Complaints, Personal Protective Equipment, Legal Measures, Mental Health Support, Professional Training and on-call the Crisis Committee. **Final Considerations:** the actions developed during this period by Federal Nursing Council contributed to increase their interaction with nursing professionals, as well as to promote their valorization before national and international government health agencies, public authorities and national and international media, standing out in front to other class councils in the country.

Descriptors: Nursing; Coronavirus Infections; Professional Practice.

COMITÉ DE GESTIÓN DE CRISIS DE CORONAVIRUS DENTRO DEL CONSEJO FEDERAL DE ENFERMERÍA

Objetivo: Describir las acciones del Consejo Federal de Enfermería a través del Comité de Manejo de Crisis para el Coronavirus en el país.

Método: descripción de actividades en la modalidad de informe de experiencia que recolectó sus datos en los archivos, documentos e informe del Comité de Gestión de Crisis en junio de 2020. **Resultados:** Se identificaron diez macro acciones: creación del Comité de Gestión de Crisis, Campaña “Juntos contra el coronavirus”, Observatorio de Enfermería, Defensor del Pueblo y Quejas, Equipo de Protección Personal, Medidas Legales, Apoyo a la Salud Mental, Capacitación Profesional y el Comité de Crisis de guardia. **Consideraciones finales:** las acciones desarrolladas durante este período por Cofen contribuyeron a aumentar su interacción con los profesionales de enfermería, así como a promover su valorización ante agencias de salud gubernamentales nacionales e internacionales, autoridades públicas y medios de comunicación nacionales e internacionales, destacándose a otros consejos de clase en el país.

Descritores: Enfermería; Infecciones por Coronavírus; Práctica Profesional.

¹Membro do Comitê Gestor de Crise sobre Coronavírus – COFEN, Brasília, DF.

²Coordenador do Comitê Gestor de Crise sobre Coronavírus – COFEN, Brasília, DF.

³Chefe da Divisão de Fiscalização – COFEN, Brasília, DF.

⁴Presidente do Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF.

Autor Correspondente: Viviane Camargo Santos – Email: vcsmarta@gmail.com

Autores convidados - Aprovado em 15/6/2020.

INTRODUÇÃO

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto da COVID-19 era uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, considerado o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia⁽¹⁾.

Até o momento já foram confirmados no mundo mais de 7.000.000 de casos de COVID-19 com mais de 400.000 mortes⁽¹⁾. Segundo os dados mais recentes publicados pelo Observatório de Enfermagem do Cofen, no Brasil mais de 18 mil profissionais de enfermagem já foram contaminados pelo novo coronavírus e mais de 200 já perderam a vida em decorrência dessa nova doença⁽²⁾. O adoecimento dos profissionais de enfermagem coloca em risco a população, tanto pela possibilidade de propagar a doença quanto pelo aumento da sobrecarga de trabalho nos serviços, causado pelo desfalque das equipes em razão da necessidade de cumprimento da quarentena pelos profissionais que se infectaram⁽²⁾.

A Enfermagem tem papel fundamental no combate à pandemia, não apenas em razão de sua capacidade técnica, mas também por se tratar da maior categoria profissional de Saúde e a única que está permanentemente ao lado do paciente⁽³⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem é o órgão fiscalizador do exercício profissional das categorias da Enfermagem, e seu compromisso é, entre outros, zelar para que a assistência de enfermagem possa ser feita com qualidade e livre de riscos. Assim deve assegurar as boas práticas da Enfermagem, com base em evidências científicas e rigor técnico e, desta forma, preservar a saúde da população em geral, além da segurança dos profissionais e seus familiares⁽⁴⁾.

O ano de 2020 foi declarado como Ano Internacional das Enfermeiras e Parteiras pela OMS, em parceria com o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), e o maior desafio proposto foi capacitar jovens líderes em todo o mundo para atuarem de forma eficiente fazendo diferença nos serviços de saúde e assumindo seu papel de protagonista. Destacam que nenhuma agenda global pode ser concretizada sem esforços articulados e sustentáveis para maximizar a contribuição da força de trabalho da Enfermagem e seu papel em equipes de saúde multiprofissionais⁽⁵⁾.

No Brasil, os profissionais de enfermagem representam cerca de 60% dos profissionais de saúde, com uma alta densidade de profissionais por habitantes, sendo mais de 550 mil enfermeiros, 1,3 milhão de técnicos e 400 mil auxiliares de Enfermagem. Porém, o país também apresenta inúmeros problemas de dimensionamento de pessoal nos

serviços de saúde, más condições de trabalho, remuneração baixa obrigando a múltiplos vínculos trabalhistas ou sub-empregos, ocasionados por um desempenho sofrível no que se refere às regulações como piso salarial e jornada de trabalho⁽⁵⁾.

O Cofen defende que projetos de lei que estabeleçam piso salarial nacional e regulamentação da jornada de trabalho em 30h semanais para os profissionais de Enfermagem precisam ser aprovados no ano de 2020, Ano Internacional da Enfermagem, como uma resposta do governo brasileiro a este quadro dramático. Essa situação ficou muito nítida com a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pela Fiocruz em parceria com o Cofen no ano de 2014⁽⁵⁾.

O Cofen ressalta que proteger a Enfermagem é proteger a saúde do Brasil e entende que é preciso cuidar destes profissionais para que eles possam cuidar de todos. Sendo assim, iniciou uma série de ações institucionais para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil, visando apoiar os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que estão na linha de frente do combate a esta pandemia em todo o território nacional. Desta maneira este artigo tem o objetivo de descrever as ações desenvolvidas pelo Cofen através do Comitê Gestor de Crise para o enfrentamento da pandemia pela COVID-19.

MÉTODO

Este artigo de descrição de atividades na modalidade de relato de experiência teve seus dados coletados nos arquivos, documentos e relatório do Comitê Gestor de Crise do Cofen, em junho de 2020. Estes foram agrupados por temas e apresentados a seguir.

DESENVOLVIMENTO

O Cofen e o Comitê Gestor de Crise para o Coronavírus

Com o início lento da pandemia no mundo, mas ainda sem casos no país, em janeiro de 2020, o Cofen já deliberou pela necessidade de manifestação sobre o novo Coronavírus com orientação aos profissionais de enfermagem. Assim, em 14/02/2020 foi publicada a nota técnica 01/2020/CTAS com todas as orientações possíveis com o que se tinha de informação até aquele momento para os profissionais de Enfermagem⁽⁵⁾. Desta maneira quando o primeiro caso foi diagnosticado em São Paulo em 26 de fevereiro, já havia orientações disponíveis para a Enfermagem.

Após algumas semanas, no dia 12/03/2020, o Cofen constituiu o Comitê Gestor de Crise (CGC) no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem através da Portaria No. 251/2020, com o objetivo de gerenciar questões inerentes às crises relacionadas à

pandemia do novo Coronavírus. O Comitê passou a realizar acompanhamento diário das situações relacionadas a pandemia, visando baixar recomendações e estratégias de atuação emergenciais, considerando as previsões do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde. Naquele momento, as autoridades sanitárias e de saúde federal e estaduais, começavam as confirmações de casos de pessoas infectadas com o novo Coronavírus, e previa-se os riscos de elevados níveis de contaminação da população em geral⁽⁶⁾.

O Cofen destacava a relevância da Enfermagem na detecção e avaliação dos casos suspeitos, não apenas em razão de sua capacidade técnica, mas também pela pluralidade da formação do enfermeiro e sua posição de liderança na equipe, o que colocava o profissional de enfermagem como protagonista no combate a transmissão da doença e demonstrava preocupação com o bem-estar individual e coletivo, reiterando a necessidade de atenção às normas de proteção e às orientações advindas do Ministério da Saúde e das demais autoridades sanitárias, diante do cenário epidemiológico do país⁽³⁾.

Com esse entendimento, iniciava-se efetivamente a atuação do Cofen frente ao novo coronavírus por meio do CGC. Desencadeou-se então, o início de uma série de medidas voltadas aos mais de 2.300.000 profissionais de enfermagem brasileiros, atuantes nos diferentes níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), da rede pública e privada, que compõem a linha de frente no combate e controle da propagação do novo Coronavírus⁽³⁾.

Precocemente, o Cofen já destacava a importância das autoridades públicas, formuladoras das políticas de saúde, de dotar as unidades de saúde brasileiras de melhores condições estruturais e de trabalho para que os profissionais de saúde pudessem desempenhar as suas atribuições com segurança para si próprio e para a população usuária. As ações do Comitê buscaram também, em parceria com a Divisão de Fiscalização do Exercício Profissional (DFEP) do Cofen adotar estratégias para contemplar as principais reivindicações dos profissionais de enfermagem que apresentaram denúncias em relação às principais fragilidades que naquele momento inicial, se referiam à falta/insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), ausência de capacitações e quantitativo insuficiente de profissionais de enfermagem para atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19⁽³⁾.

O Comitê Gestor de Crise do Cofen tem trabalhado como um grupo assessor de inteligência buscando e produzindo informações sobre os cenários epidemiológicos da COVID-19, assim como, outros temas

que se correlacionam a pandemia. Essas informações têm servido de base para, além das recomendações técnicas, embasar todo o Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem a adotar ações propostas através de critérios técnicos consistentes e em informações que reflitam o quadro epidemiológico de cada momento.

Sendo assim, o Cofen em consonância com o Comitê promoveu diversas ações de enfrentamento da COVID-19 e estas serão destacadas a seguir.

1 Lançamento da Campanha “Juntos contra o Coronavírus”

Teve como objetivo concentrar e propagar informações corretas e atualizadas sobre o tema e com isso ampliar a segurança para a atuação dos profissionais de Enfermagem do país. O site disponibiliza aos profissionais de enfermagem e sociedade em geral conteúdo completo sobre o coronavírus, bem como os cuidados que devem ser tomados no enfrentamento da pandemia por meio de protocolos específicos para diversos ambientes de assistência⁽⁷⁾.

No portal é possível encontrar informações relacionadas a Sintomas, Tratamento, Modo de Transmissão e Como Prevenir a COVID-19, além de orientações sobre o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), e links para as informações do Ministério da Saúde⁽⁷⁾.

Como estratégia de contribuição para a estruturação dos serviços de saúde e organização das equipes de enfermagem, foram priorizadas a produção de documentos e vídeos orientativos, disponíveis no site do Cofen, tais como:

- Cartilha “Recomendações Gerais para Organização dos Serviços de Saúde e Preparo das Equipes de Enfermagem”
- “Orientação sobre Paramentação e Desparamentação de EPI”
- Vídeo “Proteger a Enfermagem é proteger a saúde do Brasil
- Vídeo EPI para profissionais
- Vídeo EPI para pacientes
- Vídeo de Equipe de Resposta Rápida
- Vídeo Ações para aperfeiçoar o atendimento nas unidades de saúde
- Vídeo Saiba como se prevenir contra o coronavírus
- Vídeo Higienização de objetos e superfícies
- Além disso, houve ainda a disponibilização no próprio site um espaço dedicado especialmente às questões da COVID-19, bem como a divulgação de informações em diversos meios de comunicação digitais, em mídias televisivas, outdoor, rádios e etc.

2. A criação do Observatório da Enfermagem

Foi criado o Observatório de Enfermagem, local que concentra as informações sobre a evolução da COVID-19 nos profissionais de enfermagem do Brasil. No Observatório é possível visualizar o cenário epidemiológico da COVID-19 entre os profissionais de enfermagem e como a infecção tem se comportado nacionalmente. O ambiente é interativo e permite que sejam consultadas informações específicas por estado, tais como o número de infectados por sexo ou idade⁽²⁾.

3. Diretrizes para a Fiscalização nos estados e municípios

Foram instituídas diretrizes específicas de fiscalização para o período de pandemia, direcionando o trabalho dos enfermeiros fiscais para o levantamento situacional de riscos relacionados à COVID-19, visando contribuir com a estruturação dos Serviços de Enfermagem e com o dimensionamento de recursos que são necessários para fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde em âmbito nacional, relacionados à assistência de Enfermagem aos casos suspeitos ou confirmados do novo COVID-19⁽³⁾.

4. Ouvidoria e Denúncias

Além disso, desde o início da pandemia, o Cofen tem se colocado como apoio aos profissionais de enfermagem, diante das milhares de denúncias recebidas nos Conselhos Regionais, principalmente no que se refere à disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual em quantidade e qualidade insuficientes para atendimento de casos suspeitos de infecções pela COVID-19⁽³⁾.

5. Equipamentos de Proteção Individual

Foi realizada a compra emergencial de máscaras N95/PFF2, que são as indicadas para atuação no cuidado direto de pacientes do COVID-19 nos momentos em que há procedimentos geradores de aerossóis e que estavam sob ameaça de falta, e foram distribuídas aos profissionais de enfermagem expostos de todos o país através dos Conselhos Regionais de Enfermagem³.

Para auxiliar os enfermeiros, foi disponibilizada uma calculadora eletrônica que mede a taxa de consumo dos EPI, colaborando para a correta previsão do consumo destes. A ferramenta foi desenvolvida pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e adaptada e traduzida pelo Cofen para planejar e otimizar o uso de EPI no combate a COVID-19³.

6. Medidas Legais

O Cofen ajuizou ação civil pública, com pedido de tutela

de urgência, para assegurar a realização de *testes rápidos de detecção do novo coronavírus* nos profissionais de Enfermagem, considerando que a equipe de Enfermagem é um grupo de alto risco para contágio da nova doença, e muitos casos são assintomáticos⁽³⁾.

Outra medida judicial de iniciativa do Cofen que merece destaque, foi a que visou preservar os profissionais de enfermagem integrantes do grupo de risco que ainda estavam na linha de frente de combate ao novo COVID-19⁽³⁾.

7. Apoio em Saúde Mental

Foi disponibilizado um canal de atendimento que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, para que os profissionais de enfermagem possam ter suporte emocional em meio à situação de pandemia. A equipe de atendimento é formada por enfermeiros voluntários especializados na assistência de saúde mental, psicólogos e psiquiatras que visam colaborar com os milhares de profissionais que têm trabalhado incansavelmente nas unidades de saúde do país⁽³⁾.

8. Capacitação Profissional

Visando contribuir com a capacitação dos profissionais de enfermagem sobre a COVID-19, o Cofen está promovendo, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, capacitação online para 300 mil profissionais, inteiramente gratuitos. Os assuntos abordados envolvem procedimentos de Terapia Intensiva e Biossegurança relativos à COVID-19 para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem⁽³⁾.

9. Plantão do Comitê de Crise

Mesmo durante todo o período de isolamento social, alguns profissionais do Cofen, permaneceram de plantão na sede em Brasília, a fim de acompanhar em tempo real, as muitas mudanças no cenário da pandemia, dando rápidas respostas para preservar e defender os profissionais de enfermagem.

Embora consigamos evidenciar a resposta da sociedade que têm feito questão de demonstrar seu agradecimento aos profissionais da saúde, da mesma forma, também evidenciamos relatos preocupantes de violência contra a Enfermagem e demais membros das equipes de saúde ligados à resposta à COVID-19. Podemos afirmar que é imprescindível o comprometimento dos governos para garantir proteção e segurança aos profissionais de enfermagem, bem como jornadas de trabalho e remuneração compatíveis com a de profissionais que colocam suas vidas em risco cuidando de outras vidas, principalmente em locais com recursos escassos e atingidos por desastres ou conflitos. Somente resguardada a segurança da saúde desses profissionais é

que poderemos – de maneira coletiva e global – garantir uma resposta eficaz nesta época de COVID-19.

No Ano Internacional das Enfermeiras e Parteiras considera-se essencial ressaltar que todos os profissionais de enfermagem merecem ser valorizados por seus esforços que salvam vidas. Neste momento, queremos destacar aqueles que estão atuando de forma incansável, mesmo com todos os problemas existentes, para cuidar de pacientes com COVID-19 e ainda manter o funcionamento de outros serviços de saúde essenciais. É fundamental que para isso, sejam garantidas condições de trabalho para que os profissionais de enfermagem possam continuar oferecendo assistência de qualidade a pessoas acometidas na pandemia.

Limitações do estudo

Face a escassez de informações sobre o comportamento do vírus e a necessidade de intervenções rápidas para proteção dos profissionais de enfermagem, além das diferenças estruturais dos serviços de saúde em todo o território brasileiro, optou-se inicialmente por realizar diretrizes gerais para Organização dos Serviços de Saúde e Preparo das Equipes de Enfermagem, bem como atendimento às fragilidades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no contexto da pandemia, tais como as que envolvem o uso de EPI. Neste sentido, uma discussão

aprofundada sobre o assunto ficou prejudicada uma vez que evidências científicas ainda estão sendo construídas.

Contribuição para a prática

Este relato possibilita mostrar à sociedade e aos profissionais de enfermagem do Brasil as ações do Cofen, diante da Pandemia da COVID-19 e o empenho em fornecer informações e orientações confiáveis sobre o assunto, bem como indicadores sobre como a pandemia tem se comportado entre os profissionais de enfermagem do país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que as ações desenvolvidas nesse período contribuíram para aumentar a interação do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem com os Coordenadores e Responsáveis Técnicos de Enfermagem e profissionais de enfermagem de forma geral, bem como para promover a valorização dos profissionais de enfermagem perante as agências de saúde governamentais nacionais e internacionais, poder público brasileiro e mídia nacional e internacional, destacando-se frente a outros conselhos de classe no país.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Todos os autores participaram de todas as etapas: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Folha informativa – COVID-19. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
2. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Observatório da Enfermagem. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.Cofen.gov.br/>
3. Conselho Federal de Enfermagem . Notícias. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>
4. Brasil. Lei 5.905 de 12 de julho de 1973 (Cofen). Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html
5. World Health Organization (WHO). Nursing Report 2020. Suíça, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/nursing-report-2020>
6. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Portaria no. 251/2020 que cria e constitui Comitê Gestor de Crise – CGC, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/portaria-cofen-no-251-de-12-de-marco-de-2020_77868.html
7. Conselho Federal de Enfermagem(Cofen). Juntos contra o coronavírus. Disponível em: <https://www.juntoscontracoronavirus.com.br>

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE *CHECKLIST* DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIAS PARA ANGIOPLASTIA

Juliana Balbinot Reis Girondi¹ <https://orcid.org/0000-0002-3763-4176>

Patrícia Bússolo¹ <https://orcid.org/0000-0001-6672-4077>

Luciana Martins da Rosa¹ <http://orcid.org/0000-0002-1884-5330>

Lucia Nazareth Amante¹ <http://orcid.org/0000-0002-5440-2094>

Luciara Fabiane Sebold¹ <https://orcid.org/0000-0002-5023-9058>

Francine Lima Gelbeck¹ <http://orcid.org/0000-0003-3742-5814>

Eluze Luz Ouriques Neta¹ <https://orcid.org/0000-0001-5960-0252>

Objetivo: validar instrumento do tipo *checklist*, intitulado “Cuidados de enfermagem para o período pré-operatório de angioplastia transluminal percutânea”. **Método:** estudo metodológico, que incluiu a técnica Delphi para validação de conteúdo. Realizaram-se duas rodadas de avaliação e incluíram-se 15 juízes avaliadores. As respostas dos juízes foram submetidas ao Índice de Validade de Conteúdo, considerando válidos conteúdos com 80% ou mais de validação. Resultados: na primeira rodada obtiveram-se valores de concordância entre os juízes de 0,66 a 1 por conteúdo avaliado. Após as adequações sugeridas obteve-se índices de concordância de 0,90 a 1 por conteúdo avaliado. **Conclusão:** houve validação dos conteúdos pelos juízes, sendo pertinente a adequação do instrumento para a aplicabilidade na prática clínica.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Segurança do Paciente; Estudos de Validação; Angioplastia.

VALIDATION OF PRELIMINARY ANGIOPLASTY NURSING INTERVENTION CHECKLIST CONTENT

Objective: To validate a checklist instrument entitled “Nursing care for the preoperative period of percutaneous transluminal angioplasty”. **Method:** a methodological study that included the Delphi technique for content validation, being evaluated objectivity, relevance, writing accuracy and feasibility. Two rounds of evaluation were held and 15 evaluating judges were included. The judges’ answers were submitted to the Content Validity Index, valid content with 80% or more validation was considered valid. **Results:** in the first round, agreement values between the judges were obtained from 0.66 to 1 per evaluated content. After the suggested adjustments, agreement indexes were obtained from 0.90 to 1 per evaluated content. **Conclusion:** there was content validation by the judges, pertinent to the adequacy of the instrument called Checklist of preoperative nursing interventions for angioplasty regarding its content, considering the content validity index for applicability in clinical practice.

Descriptors: Nursing Care; Patient Safety; Angioplasty.

VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE ANGIOPLASTIA PRELIMINAR

Objetivo: validar un instrumento de lista de verificación titulado “Atención de enfermería para el periodo preoperatorio de angioplastia transluminal percutánea”. **Método:** estudio metodológico que incluyó la técnica Delphi para la validación de contenido, evaluando objetividad, relevancia, precisión de escritura y factibilidad. Se realizaron dos rondas de evaluación y se incluyeron 15 jueces evaluadores. Las respuestas de los jueces se enviaron al índice de validez de contenido, el contenido válido con 80% o más de validación se consideró válido. **Resultados:** en la primera ronda, se obtuvieron valores de acuerdo entre los jueces de 0,66 a 1 por contenido evaluado. Después de los ajustes sugeridos, se obtuvieron índices de acuerdo de 0,90 a 1 por contenido evaluado. **Conclusión:** hubo validación de contenido por parte de los jueces, pertinente a la idoneidad del instrumento denominado Lista de verificación de intervenciones de enfermería preoperatorias para la angioplastia con respecto a su contenido, considerando el índice de validez de contenido para la aplicabilidad en la práctica clínica.

Descritores: Atención de enfermeira; Seguridad del paciente; Angioplastia.

¹Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
Autor Correspondente: Juliana Balbinot Reis Girondi Email: juliana.balbinot@ufsc.br

Recebido: 13/10/2019 Aceito: 14/02/2020

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem consolida o trabalho do enfermeiro por meio do Processo de Enfermagem⁽¹⁾. Para organizar a atuação da enfermagem no centro cirúrgico desenvolveu-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que atua na prevenção de complicações cirúrgicas e no planejamento da assistência perioperatória⁽²⁾.

A SAEP é constituída por três fases, a primeira é o pré-operatório, ocorre a visita de enfermagem para avaliar e preparar o paciente para o procedimento cirúrgico buscando diminuir a possibilidade de eventos adversos. A segunda é o transoperatório, onde acontece a cirurgia propriamente dita e coloca-se em prática as ações planejadas. A terceira é o pós-operatório que visa a reabilitação do doente e o fornecimento de orientações para a alta hospitalar⁽³⁾.

Na visita pré-operatória está incluso: anamnese, exame físico e avaliação holística, que contribuem para o levantamento dos dados e para adequado preparo pré-operatório, neste caso, de pré Angioplastia Transluminal Percutânea. Trata-se de um procedimento endovascular de alta complexidade, minimamente invasivo utilizado como um dos tratamentos da Doença Arterial Obstrutiva Periférica⁽⁴⁾.

Por ser uma técnica nova e cada vez mais utilizada na prática, emerge a necessidade de implementar cuidados sistematizados para que se tenha qualidade na assistência e a segurança do paciente seja preservada. Nessa perspectiva um estudo construiu um *checklist* de intervenções de enfermagem pré-operatórias para angioplastia⁽⁵⁾. A partir dele emergiu a necessidade de alcançar a validação do instrumento a fim de que seja considerado seguro e eficaz, garantindo o preparo adequado do paciente.

De acordo com o exposto temos como pergunta de pesquisa: os conteúdos do instrumento intitulado “Cuidados de enfermagem para o período pré-operatório de angioplastia transluminal percutânea”, tipo *checklist*, são pertinentes para a realização do procedimento, na opinião de *experts*? Doravante o estudo objetivou: validar instrumento do tipo *checklist*, intitulado “Cuidados de enfermagem para o período pré-operatório de angioplastia transluminal percutânea”.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, que incluiu a técnica Delphi (rodadas de avaliação) para avaliação dos conteúdos, realizado no período de março a maio de 2018.

Local do estudo

Por se tratar de um estudo de validação e os participantes

serem enfermeiros inseridos na prática em diversas instituições de saúde, não foi delimitado um cenário específico para desenvolvimento do estudo.

No entanto, a pesquisa teve sua origem a partir da problemática encontrada num hospital público do sul do Brasil, frente aos pacientes em pré-operatório de angioplastia, que tinham suas cirurgias canceladas devido a falhas na comunicação entre a equipe ou a realização de ações que inviabilizavam o procedimento.

População do estudo

Para validação dos conteúdos foram incluídos juízes avaliadores: enfermeiros e/ou docentes com experiência em clínica cirúrgica ou hemodinâmica há pelo menos um ano e com titulação mínima de especialista. Foram excluídos: *experts* convidados, mas que não encaminharam o TCLE devidamente assinado.

Para seleção dos juízes a amostra foi por conveniência, onde foram convidados 11 docentes do curso de graduação em enfermagem de uma universidade de Santa Catarina e 11 enfermeiros assistenciais atuantes no cenário de estudo. Em um segundo momento realizou-se uma busca no currículo lattes pelos filtros: atuação profissional assunto cirúrgica e hemodinâmica, o que totalizou 61 convites. Assim, no total foram convidados 83 participantes, dos quais 15 responderam a primeira rodada e 10 na segunda.

Coleta e análise dos dados

O instrumento a ser validado foi transformado em formulário construído no *Google Drive* e encaminhado aos participantes via correio eletrônico. Foi solicitado avaliação quanto à: objetividade, pertinência, precisão da redação e exequibilidade. Cada item foi avaliado conforme escala *Likert* contendo os escores: 1 (discordo), 2 (discordo parcialmente), 3 (concordo parcialmente) e 4 (concordo) e um espaço para sugestões e comentários.

Para analisar cada resposta foi utilizado o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Para validação dos conteúdos fixou-se nível mínimo de consenso em 0,8.

As respostas dos juízes foram agrupadas por rodada de avaliação e suas recomendações foram analisadas e incluídas no instrumento para nova validação, até atingir-se a validação mínima desejada.

Aspectos éticos

Seguiu-se os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina,

sob parecer número 2.562.671 e CAAE 80795717.0.0000.0121. Ainda, a participação dos participantes na pesquisa foi condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram na primeira rodada 15 juízes e 10 na segunda rodada de validação. Em relação com a titulação dos juízes da 1ª Rodada 40% tinham o título de doutor; 33,3% título de mestrado e 26,7% são especialistas. Na 2ª Rodada foram 30% de doutores; 40% mestres e 30% especialistas.

Em relação ao tempo de atuação em Enfermagem, os juízes da primeira rodada possuíam em média 19,6 anos, tendo no máximo 38 anos de atuação e 2 anos no mínimo. Já os da segunda rodada possuíam em média 17,6 anos de

atuação, sendo 32 anos como máximo e 2 anos como mínimo. Em relação ao tempo de atuação em clínica cirúrgica ou hemodinâmica, 7,53 na primeira rodada e 6,5 na segunda, ambas com tempo máximo de 27 anos e mínimo de 1 ano.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos juízes, destacou-se a de enfermeiros assistenciais, pois na 1ª Rodada foram 46,7% de enfermeiros assistenciais, 20% de enfermeiros gestores, 13,3% enfermeiros docentes e 20% enfermeiros docentes pesquisadores. Na 2ª Rodada os enfermeiros assistenciais formam 50%, 20% enfermeiros gestores, 10% enfermeiros docentes e 20% enfermeiros docentes e pesquisador.

Na Tabela 1 são apresentados os valores do cálculo IVC dos itens do *Checklist* de Intervenções de Enfermagem Pré-operatórias para Angioplastia.

Tabela 1 - Conteúdos avaliados e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) entre os juízes avaliadores na primeira rodada de validação. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.

Conteúdo avaliado	O*	P*	Juízes = 15	
			PR*	E*
1- Identificação do Paciente Nome: _____ Nº Registro: _____ Idade: _____ anos Data da Internação: __/__/__	1	1	0,86	1
2- Confirmado Angioplastia para dia __/__/__ Horário: ____:____ horas.	1	1	1	0,93
3- () Verificado assinatura do Termo de Consentimento para Procedimentos Hospitalares.	0,93	1	1	1
4- () Não realizado administração de anticoagulantes por 12 horas antes do procedimento	0,93	0,93	0,8	0,86
5- () Certificado que o paciente não faz uso de nenhum anticoagulante e/ou antiagregante plaquetário via oral, subcutâneo ou endovenoso	0,80	0,80	0,66	0,80
6- () Verificado estado de hidratação do paciente.	0,73	0,86	0,73	0,73
7- () Verificado valores laboratoriais Uréia: _____ Creatinina: _____	1	1	0,93	1
8- () Identificado focos infecciosos prévios. Local: _____ Tipo: _____	0,86	0,80	0,80	0,80
9- () Detectado presença de focos de sangramento Local: _____ Quantidade: __	0,73	0,86	0,80	0,80
10- () Orientado sobre os cuidados perioperatórios: local da punção, procedimento, anestesia, aumento da ingestão hídrica no pós, repouso absoluto no leito e mobilização do membro punccionado, dor, aquecimento/cianose do membro, possível retirada do Introdutor (4 horas após o procedimento), possível pós-operatório imediato na UTI, curativo local compressivo.	0,93	1	0,93	1
11- () Realizado e orientado jejum absoluto 12 horas antes do procedimento	0,93	1	1	1
12- () Verificado sinais vitais às 6 horas da manhã: PA: __X____ mmHg FC:____bpm FR: __ mrpmTax: ____ °C	0,86	0,93	0,86	0,93
13- () Verificado glicemia capilar: Horário: ____:____ Valor: _____ mg/dL Correção com insulina: _____ UI	0,93	1	1	1
14- () Realizado tricotomia inguinal bilateral 2 horas antes do procedimento.	1	1	1	0,93
15- () Encaminhado/Realizado banho com clorexidina degermante em região inguinal bilateral 2 horas antes do procedimento	0,93	0,93	0,86	0,93
16- () Orientado/realizado a vestimenta de camisola hospitalar com a abertura para o dorso do paciente.	1	0,93	1	1
17- () Encaminhado/realizado higiene oral com escovação e/ou gargarejo com solução oral 2 horas antes do procedimento.	0,93	0,93	0,93	0,93
18- () Realizada a retirada de próteses dentárias, esmalte de unhas e/ou adornos de qualquer tipo (lentes, óculos, joias, alianças, objetos de metal, etc).	1	1	1	1
19- () Realizado punção venosa periférica com acesso calibroso. Utilizado preferencialmente dispositivo de punção, tipo "abocath" nº 18. () Outro calibre nº ____	0,93	1	0,93	0,93
20- () Anexado ao prontuário resultados de exames, laudos e/ou imagens.	1	1	1	1
21- Informações Complementares	1	1	1	0,86
22- Identificação do Profissional de Enfermagem Data: __/__/____ Nome: _____ Assinatura e carimbo: _____	1	1	0,93	0,93

* O: objetividade, P: pertinência, PP: precisão de redação, E: exequibilidade.

Na primeira rodada, os valores de concordância foram entre 0,66 a 1 e a porcentagem de concordância do instrumento como um todo foi de 0,92.

Embora os juízes tivessem concordado sobre vários itens do instrumento, sugestões de melhoria foram propostas, analisadas e incluídas sendo apresentadas na tabela 2, com letra no formato itálico.

Tabela 2 - Conteúdos avaliados e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) entre os juízes avaliadores na segunda rodada de validação. Florianópolis, SC, Brasil, 2018 (n=10)

Conteúdos avaliados	IVC			
	O*	P*	PR*	E*
1- Identificação do Paciente Nome: _____ Nº Registro de prontuário: _____ Data de nascimento: __/__/____ Nome do acompanhante: _____ Telefone: _____	1	1	1	1
2- Data da Angioplastia __/__/__	1	1	1	1
3- () Paciente ou responsável fez leitura, compreendeu e assinou o Termo de Consentimento para Procedimentos Hospitalares.	1	1	1	1
4- Comorbidades prévias: () Hipertensão; () Diabetes Mellitus; () Hipercolesterolemia; () Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; () Insuficiência Renal; () Insuficiência Cardíaca; () Outras: _____ Cirurgias Prévias de _____ Há quanto tempo: _____ Já fez uso de anestésicos () Sim () Não. Teve alguma reação adversa () Sim () Não Qual: _____	1	1	1	1
5- Possui alergias: () Iodo () Látex () Medicamentos Quais: _____ () Alimentos Quais: _____	1	1	1	1
6- Faz uso contínuo de anticoagulante e/ou antiagregante plaquetário: () Sim () Não Quais: _____ Dosagem: _____ Qual via: () Subcutâneo () Via oral () Endovenoso. Verificado com equipe médica a necessidade de () manutenção ou () suspensão por ___ horas do uso de anticoagulante e/ou antiagregante plaquetário pré-procedimento.	1	1	1	0,90
7- Estado de hidratação: Pele hidratada () Sim () Não. Mucosas ocular e bucal hidratadas () Sim () Não. Está recebendo fluidoterapia em acesso venoso periférico ou acesso central () Sim () Não. Ingesta hídrica de aproximadamente ____L/dia	1	1	0,90	1
8- Possui resultado de exames laboratoriais () Sim Quais os valores de Ureia: ____ Sódio: ____ Potássio: ____ Cálcio: ____ Creatinina: ____ Proteína C Reativa: ____ Plaquetas: ____ Hemoglobina: ____ Hematócrito: ____ () Não Qual motivo: _____	1	1	1	1
9- Presença de sinais de infecção ao exame físico ou exames laboratoriais () Sim () Não Local: _____ Tipo: _____ Tratamento: _____ Comunicado equipe médica () Sim () Não	0,90	0,90	0,90	0,90
10- Presença de sangramento () Sim () Não Local: _____ Quantidade: __ gazes/chumaços Conduta: _____ Presença de hematoma () Sim () Não Local: _____ Tamanho: _____	0,90	0,90	0,90	0,90
11- Mantido jejum absoluto de () 8 ou () 12 horas antes do procedimento.	1	1	1	1
12- Orientado sobre os cuidados perioperatórios: () Orientar sobre ingestão dos medicamentos de uso contínuo (anti-hipertensivos, antidiabéticos, etc), () Local da punção, () Explicar sobre procedimento e tempo médio de duração, () Orientar e tranquilizar acompanhante () Anestesia, () Importância da ingestão hídrica no pós-operatório, () Repouso absoluto no leito e imobilização do membro punccionado, () Sobre aquecimento/ cianose do membro, () Retirada do Introdutor de 4 à 13 horas após o procedimento, () Possível pós-operatório imediato na UTI, () Curativo compressivo no local.	1	1	1	1
13- () Verificado sinais vitais: FC: ____ bpm FR: ____ mrpm T: ____ C° PA: ____x____ mmHg Saturação O2: __ SpO2 Nível de dor 0 à 10: _____ Dados antropométricos: Peso: ____Kg Altura: _____cm	1	1	1	1
14- Paciente diabético () Sim () Não. Glicemia capilar: ____mg/dl Horário: _____ Correção: __UI Horário: _____ () Insulina _____ () Hipoglicemiante oral	1	1	1	1
15- Realizado tricotomia inguinal bilateral 2 horas antes do procedimento () Sim () Não	1	1	1	1
16- Realizada higienização com clorexidina degermante em região inguinal bilateral 2 horas antes do procedimento () Sim () Não	1	1	1	1
17- () Realizado a vestimenta de camisola hospitalar com a abertura para o dorso do paciente.	1	1	1	1
18- () Realizado higiene oral com escovação e/ou gargarejo com solução antisséptica bucal (digluconato de clorexidina 0,12%) 2 horas antes do procedimento.	1	1	1	1
19- () Retirado roupas íntimas, próteses dentárias, esmalte de unhas e/ou adornos de qualquer tipo (lentes, óculos, joias, alianças, objetos de metal, etc) 2 horas antes do procedimento. Nome do responsável pelos pertences: _____	1	1	1	1
20- () Realizado punção venosa periférica com acesso calibroso. Cateter sobre agulha nº _____ Local: _____	1	1	1	1
21- Anexado ao prontuário () Resultados de exames, () Laudos e/ou () Imagens.	1	1	1	1
22- Identificação do Profissional de Enfermagem Data: __/__/____ Assinatura e carimbo: _____	1	1	1	1

* O: objetividade, P: pertinência, PP: precisão de redação, E: exequibilidade.

Nesta rodada 10 juizes responderam e valores de concordância encontrados variaram entre 0,90 a 1, e a porcentagem de concordância geral do instrumento foi de 0,98.

DISCUSSÃO

Estudos de validação contemplam parâmetros de análise para identificação da redação adequada a ser utilizada no construto de interesse, uma vez que os resultados obtidos contribuem para a avaliação de benefícios das intervenções em saúde e podem determinar mudanças da prática do cuidado ⁽⁶⁾. O *checklist* deste estudo foi validado pelos *experts* após duas rodadas, resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos que utilizaram a técnica Delphi ^(7,8).

Dentre as principais alterações recomendadas destaca-se que os dados de identificação do paciente e do acompanhante estão associados à segurança e a legitimidade do receptor do procedimento. Esta consideração é primordial na perspectiva de redução de erros e ampliação de práticas seguras, o que cada vez mais têm sido o foco das políticas e das instituições de saúde. O contato do acompanhante garante à equipe acesso rápido a consentimentos necessários para a tomada de decisões frente às intercorrências em saúde ou definições de condutas médicas ^(9,10).

Mudanças também foram incluídas no registro do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual visa proteger a autonomia dos pacientes, onde atestam estar cientes da submissão a procedimentos médicos invasivos, constituindo-se em instrumento jurídico ⁽¹¹⁾.

Quanto a sangramentos ou hematomas, podem estar presentes pelo uso de anticoagulante ou antiagregante e decorrente da punção arterial por onde são introduzidos os cateteres. Cabe ao enfermeiro estar atendo a quantidade da perda sanguínea e monitorar os níveis de hemoglobina, hematócrito e plaquetas ⁽¹²⁾.

Sobre o jejum pré-operatório, há malefícios para o paciente quando este é prolongado, pois contribui para o aumento da resistência insulínica levando a hiperglicemia. Segundo as orientações da *American Society of Anesthesiologists* o jejum aconselhável é de 6 a 8 horas, por isto foi deixado espaço para a escolha do tempo de jejum após avaliação individualizada do paciente e orientação da equipe médica ⁽¹³⁾.

Ter conhecimento de alergias é de extrema valia, principalmente as relacionadas ao látex e iodo, uma vez que são substâncias comuns no ambiente cirúrgico. Nesse interim medidas preventivas devem ser tomadas para evitar eventos adversos. O uso de profilaxia farmacológica, através de anti-histamínicos e/ou corticoides, ainda é controverso,

pois podem prejudicar identificação dos primeiros sinais. Doravante, existem protocolos de pré-medicação que incluem o uso de difenidramina, cimetidina e prednisona, sendo que o ambiente deve estar livre tais alérgenos ⁽¹⁴⁾.

A necessidade de registros de outras comorbidades, cirurgias e procedimentos anestésicos realizados anteriormente permitem avaliar a amplitude dos cuidados a serem realizados, possibilitando a adoção de condutas preventivas de riscos à saúde. A última diretriz da avaliação cardiovascular perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia aponta a importância da investigação do estado clínico e a necessidade de compensação de doenças coexistentes ⁽¹⁵⁾.

No decorrer do procedimento, complicações podem acontecer e muitas vezes estar associadas a fatores relacionados tanto às condições clínicas do paciente quanto aos materiais utilizados e ao procedimento em si ⁽¹⁶⁾. Destaca-se, portanto, a otimização do manejo anestésico, etapa vital para garantir o êxito do procedimento, sobrevivência e qualidade de vida do paciente ⁽¹⁷⁾.

Quanto ao uso ou suspensão dos anticoagulantes previamente à angioplastia é controverso, por este motivo inicialmente a restrição do uso havia sido incluída no conteúdo do instrumento em validação. No entanto, os juizes apontaram que número significativo de pacientes necessita da manutenção do anticoagulante, configurando uma conduta médica um benefício maior que o possível risco. Um paciente em terapia antiagregante possui risco maior de sangramentos, no entanto a suspensão do uso desta medicação pode causar efeito rebote ou eventos trombóticos ⁽¹⁸⁾.

A avaliação pré-operatória por meio dos exames laboratoriais contribui para viabilidade da execução do procedimento, confirmando as condições clínicas mínimas necessárias do paciente ⁽¹⁹⁾. Essa abordagem deve incluir minimamente com revisão do prontuário, entrevista do paciente, exame físico, exames laboratoriais, anestésias prévias, medicações em uso ⁽²⁰⁾. Nesse contexto a principal atribuição do enfermeiro inclui uma pré-avaliação do paciente planejada e sistematizada ⁽²¹⁾.

Em relação às mudanças da aparência do instrumento, as alterações recomendadas foram essenciais, pois a forma de apresentação dos conteúdos aumenta a atenção dos profissionais durante o momento de coleta de dados e seus registros ⁽²²⁾.

O embasamento para uso de *checklist* está em prevenir erros e falhas humanas mediante controles e padrões de segurança por meio de seu método sistematizado. Ainda, as informações armazenadas nessas listas podem servir para nutrir banco de dados e fornecer respaldo legal para a

instituição e profissionais^(23,24,10).

Sugere-se, em consonância às diretrizes da Associação de Enfermeiros Perioperatórios e de outros estudos realizados previamente, que a utilização do *checklist* possa ser ampliada para todo período perioperatório, contemplando o trans e pós-operatório, pois dessa forma é possível um maior controle e acompanhamento dos cuidados de enfermagem realizados ao paciente submetido à angioplastia transluminal percutânea⁽²⁵⁾.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo destaca-se o número de juízes que não responderam as rodadas.

Contribuições para a prática de Enfermagem

A Enfermagem está cada vez mais fortalecendo o cuidado na perspectiva da organização de suas práticas e neste sentido o *checklist* de intervenções de enfermagem para o pré-operatório para angioplastia vem para assegurar as

ações direcionadas para as necessidades de cada indivíduo.

CONCLUSÃO

O objetivo do estudo foi alcançado, pois o instrumento foi validado por juízes caracterizando que o instrumento é válido para aplicação na prática do cuidado de enfermagem. Tanto os itens avaliados separadamente como o instrumento foram classificados como adequados, possibilitando sua aplicação de forma confiável em consonância à segurança do paciente.

As etapas da validação do conteúdo do instrumento foi um desafio, pois contatar com juízes com a especificidade no cuidado em angioplastia não se configura em tarefa fácil. Sugere-se a realização de pesquisas futuras para avaliação do instrumento quanto a sua aplicabilidade.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Concepção e/ou desenho, Análise e interpretação dos dados: JBRG, PB; Redação do artigo: LMR, LNA, LFS, ELON; Revisão crítica: LMR, LNA, LFS; Revisão final: JBRG, PB, LMR, LNA, LFS, ELON, FLG.

REFERÊNCIAS

- 1 - Riegel F, Oliveira J, Nery J. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. *Cogitare Enferm* [Internet.]. 2017. [cited 2019 May 30]; 22(1):1-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.45577>.
- 2 - De Azevedo LG, Tonini CG, Netto CB, Lemos AP, Umman J. Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [Internet.]. 2014. [cited 2018 April 20]; 4(6):1601-09. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50575_0770031.
- 3 - Monteiro EL, Cleuciane LM, Amaral TLM, Prado PR. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. *Rev. SOBECC*. [Internet.]. 2014. [cited 2018 April 16]; 2(19):99-109. Available from: www.portal.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/07_sobecc_v19n2.pdf.
- 4 - Sartori AA, Gaedke MA, Moreira AC, Graeff MS. Nursing diagnoses in the hemodynamics sector: an adaptive perspective. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet.]. 2018. [cited 2019 Jan 5]; 52: e03381. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017006703381>.
- 5 - Oliveira KT. Cuidados de enfermagem na pré-angioplastia percutânea: convergência da pesquisa com a prática de enfermeiros. 2017. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.
- 6 - Echevarria-Guanilo ME, Goncalves N, Romanoski PJ. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. Texto contexto - enferm. [Internet.]. 2018. [cited 2019 May 24]; 26(4), e1600017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707_2017000400326&lng=en&nrm=iso
- 7 - Maciel BS, Barros ALBL, Lopes JL. Elaboração e validação de um manual informativo sobre cateterismo cardíaco. *Acta paul. enferm.* [Internet.]. 2018. [cited 2018 May 31]; 29(6):633-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600089>.
- 8 - Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Cirurgia Segura: validação de checklist pré e pós-operatório. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet.]. 2017. [cited 2018 May 31]; 25, e. 2907. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692_017000100357&lng=en&nrm=iso.
- 9 - Bernal SCZ, Raimondi DC, Oliveira JLC, Inoe KC, Matsuda LM. Práticas de identificação do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cogitare Enfermagem* [Internet.]. 2018. [cited 2018 June 31]; 23(3):1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.55390>.

- 10 -Ribeiro HCTC, Quites HFO, Bredes AC, Sousa KAS, Alves M. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet.]. 2017. [cited 2019 June 11]; 33(10):1-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00046216>.
- 11 -Amorim A, Santos LGT, Poli-Neto OB, Brito LGO. How Does the Patient React After Reading the Informed Consent Form of a Gynecological Surgery? A Qualitative Study. *Rbgo Gynecology And Obstetrics*, [Internet.]. 2018. [cited 2019 June 10]; 40(2):72-78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1621740>.
- 12 - Aquino EM, Roehrs H, Méier MJ. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco em uma unidade de cardiologia. *Rev. de Enf. UFPE on-line*. [Internet.]. 2014. [cited 2018 June 10]; 8(11): 3929-37. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13617/16454>.
- 13 -Régis AP, Rosa GCD, Lunelli T. Cuidados de enfermagem no cateterismo cardíaco e angioplastia coronariana: desenvolvimento de um instrumento. *Revista Recien*. [Internet.]. 2017. [cited 2018 May 31]; 7(21): 3-20. Available from: <http://recien.com.br /index.php/Recien/article/view/238/325>.
- 14 -Guimarães MS, Marques LMSA, Carraretto AR, Brocco MC, Almeida CED. Alergia ao látex no perioperatório de cirurgia bariátrica. *Rev Bras de Pesquisa em Saúde* [Internet.]. 2014. [cited 2018 May 31]; 14: 1-3. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/23700/16381>.
- 15 - Gualandro DM et al. 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq. Bras. Cardio*. [Internet.]. 2017. [cited 2018 May 31]; 109(3): 1-104. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017001200001&lng=en&nrm=iso.
- 16 -Rodrigues MGF, Silva R, Gonçalves MD, Paraíso AF. Processo de enfermagem em pacientes submetidos à angioplastia transluminal percutânea coronária. *Rev Eletr Acervo Saúde*[Internet.]. 2019. [cited 2018 May 31]; 23: 1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e284.2019>.
- 17 - Urriola-Martinez M, Molina-Mendez F. Manejo anestésico del paciente con enfermedad de Kawasaki durante la cirugía de revascularización coronaria: informe de un caso. *Arch. Cardiol. Méx*. [Internet.]. 2013. [cited 2019 May 28]; 83(4): 267-272. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402013000400007&lng=en&nrm=iso.
- 18 - Biondi-Zoccai GGL et al. A systematic review and meta-analysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50,279 patients at risk for coronary artery disease. *European Heart Journal*. [Internet.]. 2006. [cited 2019 May 28]; 27(22): 2667-74. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/353b/4beee41bc955c1f5ed6ecfeb1e81777697c6.pdf?_ga=2.222321310.487474418.1527802570-140760258.1527802570.
- 19 - Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da sociedade brasileira de cardiologia e da sociedade brasileira de hemodinâmica e cardiologia intervencionista sobre intervenção coronária percutânea. [Internet.]. 2017. [cited 2019 May 29]; 109(1). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n1s1/0066-782X-abc-109-01-s1-0001.pdf>.
- 20 - Santos ML, Novaes CO, Iglesias AC. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no ambulatório de avaliação pré anestésica de um hospital universitário. *Brazilian Journal Of Anesthesiology* [Internet.]. 2017. [cited 2019 May 29]; 67(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2016.06.002>.
- 21 - Maher P. Same-day discharge after angioplasty for peripheral vascular disease: is it a safe and feasible option? *J. Vasc. Nurs*. [Internet.]. 2014. [cited 2019 May 29]; 32(3):119-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16730157>.
- 22 - Silva RDN, Rosa LM, Radunz V, Cesconetto D. Avaliação e classificação da estenose vaginal na braquiterapia: validação de conteúdo de instrumento para enfermeiros. *Texto contexto - enferm*. [Internet.]. 2018. [cited 2019 May 29]; 27(2): e. 5700016. Available from: http://www.scielo.br/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200314&lng=en&nrm=iso.
- 23 - Amaya MR, Paixao DPSS, Sarquis LMM, Cruz EDA. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. *Rev Gaúcha de Enfermagem* [Internet.]. 2016. [cited 2019 May 29]; 37: 1-8. Available from:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68778>.
- 24 - Ferreira NCS, Ribeiro L, Mendonça ET, Amaro MOF. Checklist de cirurgia segura: conhecimento e utilização do instrumento na perspectiva dos técnicos de enfermagem. *Rev de Enferm do Centro Oeste Mineiro*[Internet.].2019.[cited 2019 May 29]; 9: 1-8. Available from:<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2608>.
- 25 - Soares V, Gironi JBR, Hammerschmidt KSA, Amante LN, Fernandez DLR, Sebold LF. Nível de evidência das tecnologias de cuidado de enfermagem na angioplastia de membros inferiores. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet.]. 2016. [cited 2018 May 30]; 18: e. 1187. Available from:<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36763/22109>.

ÍNDICE AUTORREFERIDO PELA EQUIPE DE ORTOPEDIA SOBRE A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO

Taysa de Fátima Garcia¹ <https://orcid.org/0000-0002-1191-9587>

Adriana Cristina Oliveira¹ <http://orcid.org/0000-0002-4821-606>

Objetivo: avaliar o índice autorreferido pela equipe de cirurgia ortopédica sobre as recomendações para prevenção de infecção do sítio cirúrgico. **Método:** Estudo descritivo realizado em dois hospitais situados em Belo Horizonte, Minas Gerais. Os dados foram analisados no programa Stata,14 por estatística descritiva. **Resultados:** Participaram 133 profissionais: 22,5% ortopedistas, 7,5% enfermeiros e 69,9% técnicos de enfermagem. Observou-se predominância de mulheres (61,3%), tempo de trabalho > 8 anos (58,6%); 53,3% dos médicos e 84,4% da equipe de enfermagem reportaram conhecer as medidas de prevenção. As medidas com menor índice autorreferido foram: descontaminação nasal, referida por 10,7% dos médicos; banho pré-operatório 6,6% dos médicos e 7,8% da Enfermagem. **Conclusão:** Medidas consideradas padrão-ouro pelas recomendações apresentaram índices autorreferidos abaixo de 50,0% em ambas categorias profissionais, fato que pode relacionar-se à tendência de considerar medidas mais conhecidas ou realizadas na prática.

Descritores: Segurança do paciente; Prevenção e Controle; Infecção da Ferida Cirúrgica; Equipe de Assistência ao paciente.

ORTHOPEDIC SURGERY TEAM SELF-REFERENCED INDEX ON THE PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTION

Objective: The objective was to evaluate the self-reported index by the orthopedic surgery team on international and national recommendations and guidelines for the prevention of surgical site infection. **Method:** This was a descriptive study performed on Surgical Centers from two large hospitals located in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. Data were analyzed in the program Stata, 14 through descriptive analysis. **Results:** A total of 133 professionals were eligible, 22.5% were orthopedic surgeons, 7.5% nurses and 69.9% nursing technicians. It was observed a predominance of women, 61.3%; with work time > 8 years, 58.6%; 53.3% of the physicians and 84.4% of the nursing team reported knowing as preventive measures. The lowest self-reported index was highlighted in measures such as indication of nasal decontamination in patients with MMR, 10.7% by the medical staff; indication of preoperative bath, 6.6% by physicians and 7.8% by nursing staff. **Conclusion:** Measures considered gold standard by specific guidelines presented self-reported indexes below 50.0% for two professional categories. The which may be related to the tendency to consider measures that they know best practice.

Descriptors: Patient safety; Prevention and Control; Surgical wound infection; Patient Care Team.

ÍNDICE AUTORREFERIDO POR EL EQUIPO DE ORTOPEDIA SOBRE LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO

Objetivo: evaluar el índice autorreferido por el equipo de cirugía ortopédica sobre las recomendaciones para prevención de infección del sitio quirúrgico. **Método:** Estudio descriptivo realizado en dos hospitales situados en Belo Horizonte, Minas Gerais. Los datos fueron analizados en el programa Stata, 14 por estadística descriptiva. **Resultados:** Participaron 133 profesionales: 22,5% ortopedistas, 7,5% enfermeros y 69,9% técnicos de enfermería. Se observó predominancia de mujeres, 61,3%; tiempo de trabajo > 8 años, 58,6%; 53,3% de los médicos y 84,4% del equipo de enfermería reportaron conocer las medidas de prevención. Las medidas con menor índice autorreferido fueron: descontaminación nasal, referida por el 10,7% de los médicos; baño preoperatorio 6,6% de los médicos y 7,8% de la enfermería. **Conclusión:** Medidas consideradas patrón-oro por las recomendaciones presentaron índices autorreferidos por debajo del 50,0% en ambas categorías profesionales. Hecho que puede relacionarse con la tendencia a considerar medidas más conocidas o realizadas en la práctica.

Descritores: Seguridad del paciente; Prevención y Control; Infección de la herida quirúrgica; Equipo de asistencia al paciente.

¹Universidade Federal de Minas Gerais
Autor Correspondente: Taysa de Fátima Garcia - Email: taysafati@hotmail.com

Recebido: 14/01/2019 - Aceito: 21/11/2019

INTRODUÇÃO

As Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) são consideradas uma das mais importantes dentre as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e constituem as complicações mais comuns decorrentes do ato cirúrgico, apresentando ocorrência entre 3% a 20% no pós-operatório⁽¹⁾ apresentando impacto direto no tempo de permanência hospitalar, custos com tratamentos diagnósticos e terapêuticos, uso prolongado de antibióticos e a reabordagem cirúrgica, além de potencializar os riscos de morbimortalidade.⁽²⁻³⁾

Atualmente, as ISC representam a principal causa de infecção entre os pacientes hospitalizados nos serviços de saúde dos Estados Unidos.⁽⁴⁾ No Brasil, embora não hajam dados sistematizados acerca da ocorrência das ISC, estas são apontadas em terceiro lugar entre as IRAS, apresentando taxas entre 14% a 16% aproximadamente.⁽¹⁻²⁾

No contexto epidemiológico das ISC destacam-se as ocorridas em cirurgias ortopédicas dependentes do uso de implantes.^(2,5) A média das taxas de infecção cirúrgica após avaliação de 21.770 pacientes submetidos a cirurgia de quadril e joelho, foi de 1,7% a 2,8% em pacientes submetidos a artroplastias de quadril.⁶ No período de 2012 a 2014 as taxas de infecção avaliadas em 312 cirurgias de artroplastia de quadril e joelho e foi de 1,7% e 1,2% para ambas as cirurgias, respectivamente.⁽⁷⁾

É importante ressaltar, que o aumento da longevidade populacional predis põe o desenvolvimento de doenças agudas ou crônicas como artrites e desgastes ósseos, levando à necessidade de tratamentos cirúrgicos, sobretudo os relacionados à ortopedia⁽⁸⁾, o que pode repercutir diretamente na ocorrência da ISC⁽⁹⁾.

No entanto, estima-se que as ISC podem ser evitadas em até 60% dos casos quando medidas para sua prevenção são aplicadas conforme as recomendações das diretrizes específicas.¹ Destaca-se que a prevenção é multifatorial e depende da adesão multiprofissional ao que é preconizado e reconhecido por meio de evidências científicas para boas práticas no perioperatório, enfatizando principalmente o transoperatório, que consiste no momento mais crítico da assistência ao paciente cirúrgico.⁽¹⁰⁾

Todavia, o conhecimento da equipe de cirurgia, especialmente médicos e equipe de enfermagem, pode não alcançar as recomendações dos **guidelines** e diretrizes específicas comprometendo seu cumprimento em cada momento da assistência ao paciente. Embora, muitas vezes a equipe cirúrgica afirme conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento da infecção cirúrgica, as ações para sua prevenção ainda não acontecem na mesma proporção, devido a fatores como a subjetividade na interpretação das recomendações, ou devido a não aplicação e adesão efetiva a essas medidas, resultando no seu descumprimento, afetando diretamente no

controle e prevenção das ISC.⁽¹¹⁾

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo avaliar o índice autorreferido pela equipe de cirurgia ortopédica sobre as recomendações e diretrizes internacionais e nacionais para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico.

MÉTODO

Tipo de Estudo: Tratou-se de um estudo transversal com delineamento descritivo, realizado em Centros Cirúrgicos de dois hospitais de grande porte situados no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Período: O estudo foi realizado entre os meses de junho a outubro de 2016.

População e amostra: A população do estudo foi composta pelos profissionais que compunham a equipe de cirurgia ortopédica, que, neste estudo, considerou-se cirurgiões ortopedistas (preceptores e residentes), técnicos de enfermagem e enfermeiros, trabalhadores dos referentes centros cirúrgicos. Para composição, considerou-se amostra de conveniência, e incluiu cirurgiões preceptores, médicos residentes a partir do primeiro ano de residência, enfermeiros e técnicos de enfermagem do centro cirúrgico. Foram excluídos os profissionais sob licença médica, férias ou folga durante a realização da pesquisa, e aqueles que após a terceira tentativa de abordagem, não foram encontrados ou não responderam ao questionário.

Devido ao baixo número amostral de profissionais participantes, optou-se por agrupar preceptores e residentes na categoria "equipe médica", e enfermeiros e técnicos de enfermagem na categoria "equipe de enfermagem" partindo do princípio de que, a execução de funções e o conhecimento acerca da segurança do paciente no que diz respeito à prevenção de ISC, das duas categorias, sejam semelhantes.

Coleta de Dados: Foram realizadas visitas diárias aos centros cirúrgicos, e os profissionais, após aceitarem o convite à pesquisa, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram conduzidos a uma entrevista face a face, com um questionário estruturado, acerca de suas características sociodemográficas e medidas de prevenção da infecção do sítio cirúrgico, de acordo com as diretrizes específicas.

As entrevistas ocorreram respeitando a dinâmica de trabalho e a disponibilidade dos profissionais, visando não interferir no fluxo e atendimento dos setores, e os respondentes receberam um caderno contendo as questões abertas, sem opções de resposta, o que permitiu que elaborassem as próprias respostas fundamentadas no seu domínio e conhecimento.

Análise dos dados: Os dados obtidos foram analisados no programa **Stata**, versão 14 por meio de estatística descritiva, medidas de tendência central e de dispersão.

Procedimentos éticos: O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com apresentação do TCLE a cada participante, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa CAAE: 53645715.0.0000.5149.

RESULTADOS

Participaram deste estudo um total de 133 profissionais, sendo 30 (22,5%) cirurgiões ortopedistas, 10 (7,5%) enfermeiros e 93 (69,9%) técnicos de enfermagem, constituindo 71,5% da amostra total dos dois hospitais elegíveis para o estudo.

No que diz respeito às características sociodemográficas, observou-se predomínio de mulheres 61,3%; 55,6% dos participantes eram casados, possuíam tempo de atuação profissional entre 1 a 36 anos, com mediana de 8 anos e desvio-padrão de 9,3. A idade variou entre 22 a 68 anos, com mediana de 35 anos e desvio-padrão de 9,7 (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais participantes do estudo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. (n=133)

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	82(61,6)
Masculino	51(38,3)
Idade (anos)	
< 35	62(46,6)
>35	71(53,4)
Formação Profissional	
Médico	30(22,5)
Enfermeiro	10(7,5)
Técnico de Enfermagem	93(69,9)
Estado civil	
Solteiro	50(37,6)
Casado	74(55,6)
Divorciado	9(6,7)
Tempo de atuação profissional (anos)	
< 8	55(41,3)
> 8	78(58,6)
Tempo na instituição (anos)	
< 3	57(42,8)
> 3	76(57,1)

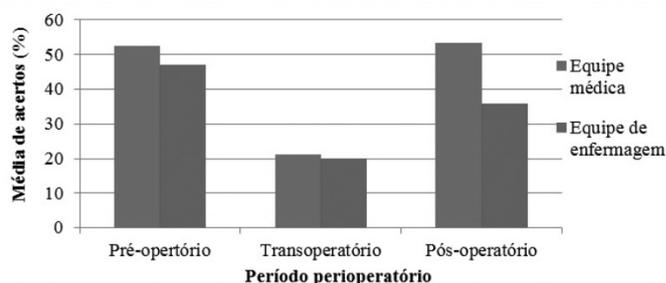
O turno de trabalho predominante foi manhã, (36,8%), seguido da tarde (33,8%), 7,5% à noite e 21,8% eram plantonistas. Sobre trabalhar em outra instituição, 77,4% não trabalhavam e 22,5% possuíam outro emprego na área, destes, 66,6% em mais uma instituição, 10,0% em duas, 16,6% em três e 6,7% acima de três. Dos profissionais entrevistados que possuíam formação superior, 40,0% dos médicos e 90,0 dos enfermeiros declararam ter alguma especialização, destes, 16,6% dos médicos possuíam mestrado, 8,3% doutorado, e 83,3% possuíam alguma especialização **latu sensu**, nenhum enfermeiro possuía mestrado ou doutorado.

No tocante às medidas de prevenção da infecção do sítio cirúrgico, observou-se que 53,3% dos médicos e 84,4% da equipe de enfermagem reportaram conhecer as medidas e 66,6% e 56,3% das respectivas equipes relataram ter recebido algum treinamento sobre o assunto nos anos de 2015 ou 2016.

Quando questionado sobre seguir alguma diretriz ou **guideline** para prevenir a infecção cirúrgica 63,3% dos médicos e 60,2% da equipe de enfermagem afirmou adotar alguma recomendação. No entanto 79,1% não souberam responder qual diretriz era adotada, destes, 17,2% dos médicos e 82,8% da equipe de enfermagem. Dentre as diretrizes mencionadas 6,1% relataram as da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 3,7% o **Center for Disease Control and Prevention**, 2,4% a Organização Mundial da Saúde e 8,7% referiram as recomendações/protocolos institucionais.

Após a categorização das questões elegíveis para avaliar o índice autorreferido pelos profissionais, no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, em consonância com os **guidelines** específicos, obtiveram-se os valores gerais de média do índice autorreferido por categoria profissional, representado no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 - Média do índice autorreferido por categoria profissional acerca das medidas de prevenção da infecção do sítio cirúrgico no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. (n=133).



É possível observar, que embora os profissionais afirmem conhecer as medidas de prevenção da infecção do sítio cirúrgico, o índice autorreferido para cada período do perioperatório estiveram aquém do esperado, enfatizando-se que o

esperado acerca de conhecer as recomendações seja 100%. A equipe médica apresentou um índice de 52,5% no pré-operatório; 21,1% no transoperatório e 53,3% no pós-operatório. A equipe de enfermagem obteve média de 46,9% no pré-operatório, 19,9% no transoperatório e 35,9% no pós-operatório.

As medidas que representaram índice autorreferido menor que 50% pela equipe cirúrgica, estão representados no Gráfico 2. E as principais do pré-operatório foram: a realização da tricotomia em uma antessala e na sala de cirurgia, 0,9% da equipe de enfermagem; a indicação da descontaminação nasal em pacientes portadores de microrganismos multirresistentes foi mencionada apenas por médicos, apresentando índice autorreferido de 10,7%, bem como o protocolo de descontaminação nasal referido por 26,6% desta categoria.

GRÁFICO 2 – Medidas com menor índice autorreferido acerca das medidas de prevenção da infecção do sítio cirúrgico, por categoria profissional, no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, (n=133), Belo Horizonte, 2016.



No tocante ao banho pré-operatório 6,6% dos médicos e 7,8% da equipe de enfermagem referiram sua indicação em cirurgias de grande porte com inserção de implantes; 40,0% e 6,8% das respectivas equipes mencionaram que este banho deve ocorrer na noite que antecede a na manhã da cirurgia. Em relação ao uso profilático de antibióticos somente 6,7% da equipe médica e 2,9% da enfermagem afirmaram que esta é uma medida recomendada para cirurgias limpas com inserção de implantes. Acerca das condições de esterilização do instrumental cirúrgico, 40,0% dos cirurgiões e 29,1% da enfermagem citaram que a presença de umidade na caixa cirúrgica deve ser observada antes de sua abertura, e, 6,7% e 34,9% das respectivas equipes mencionaram a verificação da data de esterilização e validade do material cirúrgico.

No transoperatório, as medidas menos autorreferidas foram a indicação do uso de luvas duplas em cirurgias de grande porte com inserção de implantes, mencionada apenas pela equipe de enfermagem, 3,9%; e o intervalo de tempo em que as luvas devem ser trocadas (a cada 90 minutos) citada por 10,0% dos médicos e 3,0% da Enfermagem.

Dentre as medidas do pós-operatório que apresentaram menor índice autorreferido pelos profissionais, destacaram-se: orientar ao paciente a comunicar qualquer alteração na ferida operatória, 20,0% dos médicos e 20,4% da enfermagem; e, realizar a vigilância do paciente após a alta hospitalar no período de 30 a 90 dias, que foi mencionada por 13,3% e 9,7% respectivamente.

No entanto, houveram medidas em que os profissionais referiram a alternativa correta em uma porcentagem maior que 50%. Dentre elas, se destacaram o descarte das lâminas do tricotomizador a cada uso, reportada por 80,0% dos médicos e 74,1% da equipe de enfermagem; a administração de antibióticos profiláticos de 30 a 60 minutos antes da cirurgia, mencionada por 100,0% dos médicos e 82,5% da enfermagem; e o tempo dispendido para o preparo cirúrgico das mãos, referido por 88,8% e 65,0% das respectivas equipes.

A necessidade de troca das luvas antes da colocação de implantes, foi referida por 60,0% da equipe médica e quando houverem perfurações/abrasões citada por 52,4% da enfermagem. E manter o curativo por 24 a 48 horas após a cirurgia foi mencionada por 93,3% dos médicos e 62,1% da equipe de enfermagem.

DISCUSSÃO

Neste estudo a maioria dos profissionais foram mulheres (61,3%), especialmente devido ao grande número de profissionais correspondente à equipe de enfermagem, corroborando resultados outros achados que reafirmam o predomínio de trabalhadores do sexo feminino em profissões como enfermagem.⁽¹²⁾ Com relação à faixa etária, a maioria dos participantes possuíam idade >35 anos (53,4%) e tempo de atuação profissional de >8 anos (58,6%), em consonância com outro estudo que avalia o perfil de trabalhadores de saúde em que os achados foram semelhantes à deste, com média de idade de 32,7 anos (mínimo 21 e máximo 54 anos) e tempo de atuação entre cinco a dez anos.⁽¹³⁾

Com relação ao índice autorreferido pelos profissionais, medidas como a realização da tricotomia em antessala, fora da sala de cirurgia foi referido por apenas 0,9% da equipe de enfermagem, 100,0% da equipe médica e 99,0% da equipe de enfermagem relataram que esta deve ser realizada dentro da sala de cirurgia antes do preparo da pele do paciente.

Dentre as recomendações dos guidelines têm-se que, a remoção dos pelos deve ocorrer apenas se houver absoluta necessidade, e deve ocorrer em uma antessala da sala de cirurgia, mais próximo possível do horário do procedimento com uso de tricotomizadores elétricos, de lâminas descartáveis, que façam tonsura dos pêlos, a fim de prevenir pequenos abrasões ou lacerações na pele do paciente que podem predispor abertura para O alojamento de bactérias e, portanto à contaminação aumentando o risco de ocorrência de infecção.^(1,3,5,10,14)

No tocante à descontaminação nasal em pacientes portadores de microrganismos multirresistentes, ao serem questionados sobre a sua indicação apenas 10,7% da equipe médica referiu a cirurgias de grande porte com inserção de implantes, conforme recomendado pelos guidelines. Cerca de 42,8% médicos e 98,0% enfermagem desconheciam a indicação. De acordo com as recomendações específicas, pacientes submetidos a cirurgias cardiotorácicas ou ortopédicas, sabidamente colonizados por estes microrganismos devem ser tratados por cinco dias, antes da cirurgia, com aplicação de mupirocina intranasal (2,0%) a cada 12 horas, associado ou não com o banho com clorexidina.^(1,3,10,15)

Sobre a indicação do banho pré-operatório apenas 6,6% dos médicos e 7,8% da equipe de enfermagem citaram sua indicação correta e somente 40,0% e 6,8% respectivamente, mencionaram que este banho deve ocorrer na noite que antecede a na manhã da cirurgia. Embora haja controvérsias sobre o uso de antissépticos no banho pré-operatório, no tocante à redução da infecção do sítio cirúrgico, a recomendação é que se realize o banho com antisséptico⁽¹⁴⁾ dois banhos com clorexidina antes da cirurgia, um na noite anterior e outro no dia da mesma.⁽³⁾ No entanto, a atualização das diretrizes brasileiras, recomendam um banho na noite anterior ou na manhã da cirurgia.⁽¹⁾

O enluvamento duplo no transoperatório em cirurgias de grande porte com inserção de implantes, bem como seu intervalo de troca estão entre as recomendações mais importantes para prevenção da infecção em cirurgias ortopédicas dependentes de implantes,⁽¹⁵⁾ sobretudo devido ao alto risco de perfurações ou abrasões durante o procedimento cirúrgico, sejam decorrentes de defeitos da própria fabricação, ou do próprio ato cirúrgico, podendo conseqüentemente contaminar a incisão com microrganismos presentes nas mãos do cirurgião, sem que este perceba.⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

O rompimento da integridade de luvas durante a realização de procedimentos cirúrgicos foi identificada em 11,1% de 198 luvas avaliadas após cirurgias da clínica de ginecologia, destas que sofreram alguma danificação, cerca de 40,9% ocorreram no tempo de uso entre 90 a 119 minutos de procedimento.⁽¹⁸⁾ Dado que corrobora com as recomendações sobre o intervalo de tempo recomendado para a troca de luvas, especialmente em cirurgias ortopédicas.⁽¹⁷⁾

Sobre o intervalo de tempo recomendado para a vigilância após a alta hospitalar, observou-se que uma pequena parcela dos profissionais referiram o período de 30 a 90 dias. De acordo com as novas diretrizes do Center for Diseases Control and Prevention estas cirurgias devem ser monitoradas, com potencial para ocorrência de infecção do sítio cirúrgico, por um período entre 30 a 90 dias a contar da data de realização do procedimento.^(2,19)

Algumas medidas analisadas descritivamente sugerem que as práticas da equipe cirúrgica se distanciam do seu discurso. Práticas comuns à Enfermagem foram comumente citadas por médicos, como a observância da umidade do material estéril; bem como a referência pela equipe de enfermagem para o uso da luva dupla. Ressalta-se, a importância da discussão multidisciplinar acerca das práticas para prevenção da infecção cirúrgica⁽²⁰⁾, e destaca-se, neste cenário, o papel essencial da liderança em enfermagem que deve estar intimamente relacionada com o cuidado, emergindo em ações que possam ser norteadoras de mudanças⁽²¹⁾.

Com base nos resultados encontrados, infere-se que os profissionais possuem uma tendência a considerar àquilo que conhecem e/ou desempenham com maior frequência em sua prática diária, dentro de sua categoria, e não baseado no seu conhecimento e conjunto de boas práticas definidas e aceitas por evidências científicas, mas muitas vezes fundamentadas na sua percepção e interpretação subjetiva das recomendações.

Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo se referiu à dificuldade em acessar a equipe cirúrgica diante da indisponibilidade para responder aos questionários, devido a alta demanda de atendimentos nas instituições e tempo escasso. Outra limitação importante neste estudo pode ser atribuída aos imprevistos relacionados ao agendamento cirúrgico, uma vez que as entrevistas e, portanto, o alcance à clínica de interesse ocorria dentro do centro cirúrgico. Houveram ainda entrevistas que foram iniciadas mas precisaram ser reprogramadas para outros dias ou horários, e àquelas que foram iniciadas, porém, em virtude do fluxo de atividades dos profissionais, não foram finalizadas, situação que ocorreu com seis profissionais médicos e quatro da enfermagem, resultando em perda amostral. Dentre os fatores facilitadores destacou-se a receptividade encontrada nas instituições participantes da pesquisa, desde a anuência à participação individual de cada profissional.

Contribuições para a prática

Destaca-se o feedback às instituições participantes, após seu interesse em conhecer os resultados a fim de produzir e melhorar os indicadores de qualidade assistencial, reconhecendo a segurança cirúrgica como um desafio global a ser trabalhada pela equipe multiprofissional em busca de estratégias para melhoria do cuidado dentro da instituição por meio do conhecimento, medida que nem sempre é valorizada pela equipe.

Diante dos resultados encontrados, este estudo aponta a importância e necessidade de que auditorias periódicas sejam

realizadas a fim de proporcionar indicadores para uma assistência cirúrgica segura, haja vista os índices autorreferidos aquém do esperado podem estar relacionados a não adoção de boas práticas no centro cirúrgico para prevenção da ISC e segurança do paciente. Portanto a realização de estudos voltados para a avaliação do conhecimento da equipe multiprofissional devem ser encorajados, principalmente aqueles multicêntricos, visando investigar, além da atualização profissional, o seu comportamento mediante às inúmeras diretrizes e recomendações específicas para a segurança do paciente.

CONCLUSÃO

Este estudo apontou fragilidades quanto ao índice autorreferido acerca de boas práticas para prevenir a infecção do sítio cirúrgico, conforme preconizado pelas diretrizes específicas. Medidas consideradas como padrão-ouro, como: local para realização da tricotomia, indicação e protocolo de

descontaminação nasal em portadores de microrganismos multirresistentes, momento ideal para o banho com uso de antissépticos, indicação da profilaxia com antibióticos, observação das condições de esterilização do instrumental cirúrgico, indicação do uso de luvas duplas bem como seu intervalo de troca e vigilância do paciente após a alta hospitalar (por 30 a 90 dias), apresentaram índices autorreferidos abaixo de 50% por ambas as categorias profissionais.

Nesse sentido, a discussão e treinamento multiprofissional acerca da prevenção é essencial, reforçando o impacto das ações, individuais e coletivas, no cuidado ao paciente cirúrgico maneira integralizada.

PARTICIPAÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram equitativamente na concepção do desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados bem como na redação do artigo, desde a sua fase inicial à revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: ANVISA. Brasil. [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 22]; 1-201. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude-3>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: ANVISA. Brasil. [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 22]; 1-86. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/criterios-diagnosticos-das-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude>

National Institute for Health and Clinical Excellence. Surgical site infection prevention and treatment of surgical site infection. NICE. [Internet]. 2008 [cited 2016 Jan 22]; 1-168. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg74/evidence/full-guideline-242005933>

Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumyati G, Kainer MA, et al. Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care-Associated Infections. *N Engl J Med Overseas* [Internet]. 2014 [cited 2016 Set 22]; 370(13):1198-208. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24670166>

Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection. *JAMA Surg* [Internet]. 2017 [cited 2017 Out 10]; 3:1-600. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28467526>

Kim JL, Park JH, Han SB, Cho IY, Jang KM. Allogeneic Blood Transfusion Is a Significant Risk Factor for Surgical-Site Infection Following Total Hip and Knee Arthroplasty: A Meta-Analysis. *J Arthroplasty* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 12]; 32:320-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27682006>

May ER, Bush K, Vickers D, Smith S. Use of a provincial surveillance system to characterize postoperative surgical site infections after primary hip and knee arthroplasty in Alberta, Canada. *Am J Infect*

Control [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 25]; 44:1310-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27158089>

Roger E, Guillaume V, Julien D, Nicolas R, Stéphane D, Stéphane B. Progression and projection for hip surgery in France, 2008-2070: Epidemiologic study with trend and projection analysis. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research* [Internet] 2019 [cited 2019 Nov 06]; 105:1227-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31606338>

Fu-Der W, Yu-Ping W, Cheng-Fong C, Hsin-Pai C. The incidence rate, trend and microbiological aetiology of prosthetic joint infection after total knee arthroplasty: A 13 years' experience from a tertiary medical center in Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. [Internet] 2018 [cited 2019 Nov 06]; 51:717e722030. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30228089>

World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection, Geneva: WHO [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 10]; Available from: <http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf>

Filho GRM, Silva LFN, Ferracini AM, Bahr GL. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. *Rev Bras Ortop* [Internet] 2013 [cited 2016 Mar 11]; 48(6):554-62. Available from: <http://www.rbo.org.br/PDF/48-6-port/19-103.pdf>

Cabral RA, Eggenberger T, Keller K, Gallison BS, Newman D. Use of a Surgical Safety Checklist to Improve Team Communication. *AORN J* [Internet] 2016 [cited 2016 Feb 19]; 104:206-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27568533>

Araujo MAN, Filho WDL, Alvarenga MRM, Oliveira RD, Souza JC, Vidmantas S. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. *Rev enferm UFPE*. [Internet] 2017 [cited 2019, nov 06]; 11:4716-25. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/ef0b/50d0f0ebe1cabd903080f3b67fc1f920b3e6.pdf>

Charles JREE, Russell GK, Judith T, Maureen S, Gary SR, David L L. Perioperative hair removal in the 21st century: Utilizing an innovative vacuum-assisted technology to safely expedite hair removal before surgery. *American Journal of Infection Control* [Internet] 2016 [cited 2019 Nov 06]; 44:1639-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27375061>

National Health and Medical Research Council. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Australian guidelines for the prevention and control of infection in healthcare. NHMRC [Internet] 2010 [cited 2015 Set 10]; Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/health-topics/infection-prevention-and-control>

Franco LMC, Cota GF, Pinto TS, Ercole FF. Preoperative bathing of the surgical site with chlorhexidine for infection prevention: Systematic review with meta-analysis. *American Journal of Infection Control*. [Internet] 2017 [cited 2019 nov 07]; 45:343-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28109628>

Gehrke T, Parvizi J. Proceedings of the International Consensus Meeting on Periprosthetic Joint Infection. Filadélfia: International Consensus Group [Internet] 2013 [cited 2015 Set 11]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24151261>

Oliveira AC, Gama CS. Antissepsia cirúrgica e utilização de luvas cirúrgicas como potenciais fatores de risco para contaminação transoperatória. *Esc Anna Nery* [Internet] 2016 [cited 2017 Jan 18]; 20(2):370-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0370.pdf>

Center for Diseases Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). Patient Safety Component Manual. CDC [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 07]; 408p. Available from: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pscmanual_current.pdf

Barnes S. Infection Prevention: The Surgical Care Continuum. *AORN J* [Internet] 2015 [cited 2016 Jan 23]; 101(5):512-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25946177>

Pereira LA, Ramos AM, Schallenberger CD, Vaz MC, Barlem ELD. Liderança em enfermagem: abordagem ecossistêmica com impacto no cuidado. *Enferm. Foco* [Internet] 2018 [cited 2019 nov 07]; 9(3): 66-70. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1351/463>

SILENCIAMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS MOTIVOS DA NÃO RECOMENDAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO CRUZADA

Cristiane Santos Gomes¹

<https://orcid.org/0000-0002-8538-7122>

Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues²

<https://orcid.org/0000-0002-1558-4219>

Patrícia Lima Pereira Peres²

<https://orcid.org/0000-0001-7086-8970>

Lilian Koifman³

<https://orcid.org/0000-0003-1038-3490>

Objetivo: identificar qual a conduta assistencial do enfermeiro frente à amamentação cruzada. **Método:** estudo qualitativo, realizado com seis enfermeiras atuantes da Estratégia de Saúde da Família por meio de um grupo focal em Duque de Caxias. **Resultados:** aponta a carência do aconselhamento na conduta assistencial frente à amamentação cruzada e o silenciamento sobre os motivos da não recomendação da mesma.

Conclusão: Recomenda-se mudança nos discursos dos enfermeiros para a busca dos motivos que desencadearam a prática da amamentação cruzada para assim poderem intervir, visto que na maioria das vezes é praticada pela não efetividade de seus direitos.

Descritores: Aleitamento materno; Aconselhamento; Enfermagem; Bioética.

SILENCING OF NURSES ON THE REASONS FOR NOT RECOMMENDING CROSS-BREASTFEEDING

Objective: identify the nurse's care practice towards cross-breastfeeding. **Method:** a qualitative study carried out with six nurses working in the Family Health Strategy through a focus group in Duque de Caxias. **Results:** points out the lack of counseling in the care practice regarding cross-breastfeeding and the silencing of the reasons for not recommending it. **Conclusion:** it is recommended to change the nurses's discourses to search for the reasons that triggered the practice of cross-breastfeeding in order to intervene, considering that most of the time it is practiced for the non-effectiveness of their rights.

Keywords: Breastfeeding; Counselin; Nursing; Bioethics.

SILENCIO DE LOS ENFERMEROS SOBRE LOS MOTIVOS DE LA NO RECOMENDACIÓN DE LA AMAMENTACIÓN CRUZADA

Objetivo: identificar cuál es la conducta asistencial del enfermero frente a la lactancia cruzada. **Método:** estudio cualitativo, realizado con seis enfermeras actuantes de la Estrategia de salud de la familia por medio de un grupo focal en el Duque de Caxias. **Resultados:** apunta la carencia del asesoramiento en la conducta asistencial frente a la lactancia cruzada y el silenciamiento sobre los motivos de la no recomendación de la misma. **Conclusión:** Se recomienda cambiar en los discursos de los enfermeros para la búsqueda de los motivos que desencadenaron la práctica de la lactancia cruzada para así poder intervenir, ya que la mayoría de las veces es practicada por la no efectividad de sus derechos.

Descriptores: Lactancia Materna; Consejo; Enfermería; Bioética.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro/Fundação Oswaldo Cruz/Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Universidade Federal Fluminense.

²Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

³Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense

Autor Correspondente: Cristiane Santos Gomes - Email: cris.s.gomes@hotmail.com

Recebido: 04/03/2019 - Aceito: 21/11/2019

INTRODUÇÃO

A amamentação cruzada é a prática de oferecer o leite materno a uma criança que não a sua própria. Trata-se de uma prática culturalmente aceita. As nutrizes que a realizam assim o fazem ainda na maternidade ou na comunidade com pessoas de suas escolhas justificadas por virtudes morais como a solidariedade, o bem e a confiança⁽¹⁾, pois a decisão de amamentar está interligada à história de vida de cada mãe e ao significado que se atribui a esse ato⁽²⁾.

Contudo, é uma prática não recomendada desde a década de 80 do século passado, por ser o leite humano um fluido biológico e que na vigência de uma doença, poderá ser uma fonte de infecção como outros fluidos secretados⁽³⁾.

Embora a amamentação cruzada seja contraindicada, na abordagem à nutriz o enfermeiro deve sempre promover um diálogo empático, buscando as razões que levam ou levaram a mulher a adotá-la. Existem alguns fatores indutores para prática da amamentação cruzada, como: mãe muito tempo longe de suas casas, trabalho ou estudo, baixa produção de leite ou ainda problemas na mama que impossibilitem o aleitamento materno. Tais condições condicionam as mulheres a ofertarem seu leite às crianças que não sejam seus filhos como uma alternativa solidária^(4,4).

O afastamento da criança e sua mãe não justifica a realização da amamentação cruzada, pelo contrário, para a Organização Mundial da Saúde o afastamento para o trabalho, por exemplo, sem que haja a possibilidade de manter/estocar leite materno, se constitui como uma das razões aceitáveis para a substituição pela fórmula láctea. Conciliar trabalho e amamentação tem sido relatado como causa para o desmame precoce⁽²⁾. Existe, para isso, a técnica de ordenha e formas de armazenamento do leite para ofertar a criança no período em que este se faz necessário.

Já nos casos de insuficiência lactacional percebida pela mulher, é importante lançar mão de estratégias de educação em saúde para desmistificar crenças de baixa produção como algo permanente sem possibilidade de reversão, para isso, é fundamental a intensificação das ações de incentivo e apoio ao aleitamento materno e no processo de capacitação dos profissionais de saúde que por vezes estão desatualizados⁽⁵⁾.

Em uma abordagem complexa como essa em que a amamentação cruzada envolve, por um lado, valores morais e de outro uma proibição devido ao risco de infecção, a utilização do aconselhamento, que é uma estratégia em que o profissional escuta ativamente a nutriz e com seus conhecimentos e habilidades oferece apoio na tomada de decisão consciente⁽⁶⁾ é de fundamental importância.

O aconselhamento tem seu embasamento teórico na construção de diversas habilidades, tais como a comunica-

ção não verbal, empatia, ausência de julgamentos, desenvolvimento de confiança e na oferta de apoio, sendo recomendado como base para o manejo da amamentação⁽⁷⁾.

Portanto, o objetivo deste estudo é identificar qual a conduta assistencial do enfermeiro frente à amamentação cruzada. O estudo justifica-se por contribuir para a ação do profissional de enfermagem em sua conduta assistencial a partir do conhecimento do problema. Considera-se relevante, pois a compreensão da conduta assistencial dos enfermeiros diante da amamentação cruzada possibilita (re) pensar quais ações podem ser tomadas para evitar sua ocorrência e prevenir danos à saúde da criança.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo qualitativo do tipo descritivo com base metodológica de análise do discurso.

Participantes da pesquisa

Foram convidados a participar da pesquisa 22 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos quatro distritos do município de Duque de Caxias por meio da Coordenação da Atenção Básica na Secretaria de Saúde de Duque de Caxias. Desses, apenas seis aceitaram participar e foram codificadas por ENF 1 a 6, sendo duas do 1º Distrito; uma do 2º Distrito e três do 3º Distrito. O critério de inclusão foi o acompanhamento de mulheres em amamentação ao trabalhar em USF e como critérios de exclusão: enfermeiros de licença no período da coleta de dados.

Local de estudo

Estratégia de Saúde da família do 1º, 2º e 3º distritos do Município de Duque de Caxias.

Coleta de dados

A técnica de coleta de dados deu-se por meio de um grupo focal no mês de maio de 2016.

Procedimentos de análise de dados

Os dados de identificação dos participantes foram coletados com o preenchimento de um formulário pelos próprios, antes do início do grupo focal, para fornecimento de dados pessoais e questões sobre amamentação. O grupo focal iniciou com questões geradoras de debate de forma aberta, como: O que vocês entendem sobre amamentação cruzada?

Após esse momento, passou-se para segunda etapa do grupo focal, que foi uma discussão com recorte de falas de nutrizes que vivenciaram a amamentação cruzada e que participaram da pesquisa: Amamentação cruzada, da negligência

às virtudes morais: estudo descritivo⁽¹⁾. Nessa etapa, buscou-se identificar a conduta assistencial das enfermeiras frente à amamentação cruzada. O grupo focal teve duração de 1 hora e meia e foi gravado em vídeo.

Utilizou-se para análise de dados a análise do discurso, a qual interroga os materiais verbais e não verbais, a partir dos implícitos e dos jogos de sentido. Permite ir além do texto, trazendo os sentidos ocultos⁽⁶⁾.

Para a realização da análise do material produzido por essa pesquisa, foram transcritas as falas do grupo focal e construídos quadros analíticos para extrair os objetos discursivos através da formação discursiva dos sujeitos, em seguida se buscou os sentidos dos discursos e por fim, destacaram-se as marcas do referencial teórico no discurso dos sujeitos onde foram classificados e agregados em temas geradores, possibilitando o agrupamento por informações similares.

Procedimentos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo CAEE nº 52512115.4.0000.5282 de fevereiro de 2016, e seguiu as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa em seres humanos no país.

RESULTADOS

Este estudo evidenciou que diante da prática da amamentação cruzada os enfermeiros se utilizam de censura e medo ao invés de uma escuta que valoriza a fala e a problematiza, silenciando os motivos desencadeantes da amamentação cruzada.

Os resultados apontaram que de forma velada os enfermeiros apenas proibem, sem investigar os motivos que levam à amamentação cruzada. O centro dos discursos recolhidos pelo grupo focal (técnica utilizada na coleta de dados) foi a proibição, e ela pode ser atestada pelo uso recorrente de modalizadores deônticos (relacionados à linguagem das normas) e não são buscados os motivos que desencadearam a prática.

Portanto, os principais temas representativos sobre a conduta assistencial do enfermeiro frente à amamentação cruzada são: carência do aconselhamento na conduta assistencial do enfermeiro frente à amamentação cruzada e silenciamento dos enfermeiros sobre os motivos da não recomendação da amamentação cruzada.

Carência do aconselhamento na conduta assistencial do enfermeiro frente à amamentação cruzada.

Os discursos a seguir denotam o método proibitivo/prescritivo nas consultas de enfermagem. O dizer não pode anu-

laria a possibilidade da investigação das causas da amamentação cruzada.

O Ministério da Saúde proíbe né a amamentação cruzada que eu entendo que é você dar o seu neném para que uma outra pessoa amamente ele (ENF 5).

Esta fala mostra que a participante da pesquisa busca no campo científico (argumentos de autoridade) elementos que deixam transparecer credibilidade e cuidado nas suas ações de proibição. Ela tem a preocupação e cuidado em apresentar valor de verdade àquilo que afirma através de argumentos de autoridade (Ministério da Saúde). Assim, é uma tentativa de se isentar das prescrições, uma vez que essa voz na hierarquia de autoridade está acima do profissional de saúde.

Existem alguns marcadores de pressuposição, ou seja, de algo que está implícito, subentendido. São elementos linguísticos que permitem o entendimento de informações secundárias, não explícitas nos enunciados⁽⁹⁾. As falas a seguir apresentam várias marcas linguísticas que evidenciam a carência do aconselhamento na conduta das enfermeiras:

Hoje na comunidade a gente vistoria isso sim por mais que a gente fale, converso muito com as gestantes E aí quando eu vou fazer a visita do puerpério eu chego lá eu converso, eu dou todas as informações de tudo que pode acontecer o que a gente pode eu até falo que a criança que vai ter algum problema contaminar que é justamente pra até por medo mesmo para que não venha fazer isso (ENF 3).

Também a gente fala, orienta, mas eu procuro não recriminar, não brigar eu digo que não pode que é proibido pela lei explico, aí explico as coisas que podem acontecer com bebê (ENF 5).

Porque é muito comum lá eles mandarem chamar Fulana que é mãe de 10 filhos, 12 filhos que praticamente tem leite a vida dela inteira porque um filho atrás do outro e essa mulher que chega pra amamentar a criança, aí a gente tem que ter todo cuidado pra lidar pra falar que hoje em dia por causa das doenças (ENF 2).

Ao afirmar que fornece todas as informações, não há abertura para diálogo. O termo vistoria transmite uma ideia de verticalização de poder – um verbo transitivo direto com significado de inspeção, revista, supervisão. Esse autoritarismo que o termo remete deixa clara a ausência de diálogo problematizador, autônomo, no processo educativo.

Além disso, a ameaça para produzir medo para que a lactante não pratique a amamentação cruzada não é eficaz, pois sem reflexão-ação ela não compreende a informação por completo e não alcança sua interdependência e autonomia para o processo decisório.

Silenciamento dos enfermeiros sobre os motivos da não recomendação da amamentação cruzada

O silenciamento pode ser identificado pela postura da profissional perante a lactante. Utiliza-se de um discurso verticalizado sem busca das causas que desencadearam a prática.

A gente passa informação, mas o que eu percebo, eu digo que eu não tenho ciência, mas logo, logo quando vai pra consulta com 2 meses já está com mamadeira. (ENF 1)

Eu nunca perguntei eu nunca fiz essa pergunta se o bebê já mamou em outra mãe em outra mulher eu nunca fiz essa pergunta. (ENF 2)

Agora uma coisa interessante é perguntar se outra mãe está amamentando porque isso eu não pergunto. (ENF 6)

Ai como o profissional fica? Porque tudo que ela fez, falou, orientou ficou pela metade. Porque até ali ela foi profissional, falou que não. (ENF 4)

O pensamento dos profissionais se dá por meio da transmissão de conhecimento, um modelo verticalizado, no qual os discursos pretendem manter o sujeito em um “caminho do não pode e ponto final”, e está intimamente ligado ao poder. Devemos alterar esse paradigma através da construção de saberes mútuos entre educador e educando, alicerçados no diálogo, para contribuir com a formação de pessoas participantes.

Há necessidade da inserção da cultura e participação popular no processo de educação em saúde. É necessário que o profissional de saúde tenha sensibilidade e saiba lidar com cada pessoa individualmente para não ter empecilhos para o processo educativo em saúde.

DISCUSSÃO

A conduta assistencial baseada no aconselhamento é fundamental, pois o enfermeiro age como um elo entre o conteúdo teórico-científico e a prática que vai ser vivenciada pela mãe⁽¹⁰⁾. O encorajamento é preciso, além das condições necessárias para que as mulheres possam amamentar a qual-

quer hora e em qualquer lugar. É fundamental o aconselhamento em toda rede de apoio, pois o indivíduo não vive isolado, mas inserido em um contexto histórico, social e cultural.

Em se tratando de amamentação cruzada, deve-se ter na discussão a liberdade e autonomia da mulher no seu processo decisório, contudo, há também de considerar o direito da criança à vida isenta de riscos, logo, só deve ser amamentado quando isso não implicar em nenhum prejuízo ou dano como transmissão vertical de doenças⁽¹¹⁾. A aplicação da educação problematizadora expõe a capacidade de análise crítica de cada um sobre sua realidade, reflexão sobre ela e conscientização sobre seu papel social. Os educadores não são sabedores de tudo, logo, devem dar abertura para os saberes dos educandos, e como seres biopsicossociais, de lembranças históricas e culturais são capazes de construir sua história participando ativamente do processo de aprendizagem⁽¹²⁾.

Identificou-se em um estudo que cuidados com as mamas, aleitamento materno e ações educativas estão entre as ações pouco frequentes no pré-natal realizado por enfermeiros⁽¹³⁾. A educação é um processo de troca, no qual, através do diálogo, as partes procuram se conhecer. Sem a comunicação não há a verdadeira educação, pois ela se constrói com o outro. Esse diálogo deve ser embasado com confiança. O conteúdo abordado deve ser compartilhado, não imposto ou depositado, pois dessa forma se constituiria em opressão. O profissional de saúde deve manter uma postura vigilante contra todas as práticas de desumanização⁽¹⁴⁾.

Pelo aconselhamento partimos das dúvidas e necessidades da nutriz, então com perguntas abertas e sem julgamentos conseguimos identificar as causas que levaram a prática da amamentação cruzada e a partir disso intervir de modo que a conduza a reflexão de sua ação e faça uma escolha consciente para alimentar seu filho.

Portanto, os profissionais de saúde devem dar voz às nutrizas para que se torne possível a compreensão acerca dos motivos da prática da amamentação cruzada. A partir desse conhecimento, os profissionais de saúde devem propor uma ação educativa que permita esclarecimentos sobre o porquê da não recomendação dessa prática para, com isso, alcançar o desenvolvimento da consciência crítica dessas mulheres, levando-as a transitar da tomada de consciência acrítica à tomada de decisão reflexiva.

A amamentação ao longo dos anos foi se tornando uma prática medicalizadora, impregnada de regras (frequência de 3/3 horas, alternância das mamas a cada 15 minutos de mamada; restrição alimentar da nutriz) enfraquecendo a confiança da mulher em sua própria capacidade de produzir o leite em quantidade adequada e nutrir o próprio filho⁽¹⁵⁾.

Da mesma forma, foi preciso modificar as práticas educativas bancárias que privilegiavam a transmissão do conhecimento e consideravam as nutrizes como página em branco para dar lugar a um processo educativo problematizador, dialógico, em que há uma fusão de conhecimentos⁽¹²⁾.

Isso converge em um processo de educação em saúde que só é possível em uma relação dialógica, na qual o enfermeiro que promove, protege e apoia a mulher e a criança que praticam a ação e estas se fundem para o alcance de um bem, de algo que com razão valoram, que não é viável sem considerar o outro agente de sua própria história^(14,16).

O discurso em defesa da amamentação foi, ao longo do tempo, estabelecendo-se como um discurso autoritário por parte dos profissionais de saúde, com foco no dizer/impor ao invés de ação/condução. Ainda em relação ao discurso, o dizer “não pode” e a ideia de desimplicação em seus relatos distancia a conduta aconselhadora de fortalecimento da autonomia das lactantes⁽¹⁵⁾.

A conduta assistencial autoritária, com negação da autonomia, parece se dar de forma imperceptível, proporcionada por uma organização de trabalho com normas e rotinas institucionalizadas, nas quais as pessoas reproduzem em sua assistência quando têm um número grande de atendimento para um curto tempo para alcançar uma meta pré-estabelecida pela instituição⁽¹⁷⁾.

A atuação dos enfermeiros para agir nos conflitos da amamentação requer atualização e reflexão no campo da bioética para intervir com competência técnica e respeito à autonomia da mulher e sua rede de apoio. Os enfermeiros têm como matéria-prima de seu processo de trabalho o próprio ser humano e concomitante toda sua peculiaridade, logo, através da técnica de aconselhamento será capaz intervir nas necessidades do outro com planejamento conjunto e respostas recíprocas⁽¹⁸⁾.

A discussão bioética possibilita despertar nas pessoas o senso do diálogo, visto que os valores, as atitudes e os julgamentos são o alicerce de sua reflexão, sempre aliando razão e emoção para garantir que as decisões dos conflitos morais possam efetivamente redundar em justiça.

As respostas predeterminadas não compõem a proposta da bioética. A complexidade do dilema e a reflexão pautada na bioética norteiam uma decisão mais adequada, sendo a reflexão uma estratégia para a condução das situações conflitantes.

Limitação do estudo

Este estudo possui limitações por ser uma pesquisa feita apenas em um município, necessitando de outros estudos semelhantes em outras regiões no âmbito nacional.

Contribuições para a prática

Este artigo traz como contribuição^o oportunidade de uma reflexão crítica sobre a amamentação cruzada. Propõe uma metodologia de um processo educativo dialógico com embasamento bioético pautado na horizontalidade e aconselhamento para promover a aproximação profissional-família pela escuta, reflexão e ação, a fim de empoderá-las para a escolha da alimentação de seu filho.

CONCLUSÃO

O foco dos discursos das enfermeiras é a proibição, não sendo buscados os motivos que desencadearam a prática da amamentação cruzada. Esse deveria ser o ponto de partida dos discursos dos locutores, já que é sabendo os motivos da prática que se pode intervir com orientações/aconselhamentos para a não prática.

Entretanto, seria prudente na vigência da amamentação cruzada convidar todos os envolvidos para grupos de discussão para, além de identificar os motivos da prática, também realizar exames periódicos de doenças transmissíveis pelo leite humano. Os grupos de discussão possibilitarão a tomada de consciência crítica, pois os participantes criarão e recriarão suas ações, explorarão a causalidade dos fenômenos, assimilando criticamente a realidade e tendo consciência de suas ações, possibilitando assim a construção da autonomia.

A persistência da amamentação cruzada traduz um efeito de ações não realizadas: capacitações profissionais e acadêmicas, efetivação de políticas públicas de proteção social; e o que sobressai nesse estudo é a conduta assistencial do enfermeiro de forma prescritiva sem investigação das causas de tal prática. Os enfermeiros são resultados de um processo de formação que ainda em muitos lugares não privilegia o outro, o que nos mostra que a mudança deve ser em todas as áreas, desde o processo de formação até a implementação e efetivação de políticas públicas.

Em todos os discursos dos profissionais apenas se demonstra a preocupação com o fazer valer a norma (não pode) e não se indagam as causas. Nesse caso, o dito e o não dito entrecruzados nos interdiscursos demonstram uma ausência de diálogo desejado numa relação entre pacientes e enfermeiros.

Portanto, os enfermeiros necessitam repensar sua conduta, estabelecendo um diálogo alicerçado em uma postura ética que não reproduza a norma, mas privilegie conhecimentos e atitudes que permitam à mulher realizar escolhas apropriadas ao seu modo de viver. Recomenda-se mudança nos discursos dos enfermeiros para a busca dos motivos que desencadearam a prática da amamentação cruzada para assim poderem intervir, visto que na maioria

das vezes é praticada pela não efetividade de seus direitos.

Recomenda-se ainda mudança nas estruturas curriculares das instituições de ensino para inserção e aprofundamento desse tema tão relevante para saúde materno-infantil e sociedade em geral. Como enfermeiros, tendo como objeto do processo de trabalho o ser humano e suas singularidades, é de fundamental relevância trazer a bioéti-

ca em todas as discussões de ensino. Além disso, espera-se que outros estudos emergjam a partir deste.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES: Concepção, desenho, análise, interpretação dos dados, redação do artigo: Cristiane Santos Gomes, Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, Patricia Lima Pereira Peres. Revisão crítica e revisão final: Lilian Koifman.

REFERÊNCIAS

- Gomes CS, Fonseca JSA, Peres PLP, Rodrigues BMRD. Cross-breastfeeding, from negligence to moral virtues: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 5]; 14(3): 263-272. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5157>
- Diogo EF, Souza T, Zocche DA. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. *Enferm Foco*. [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 6]; 2 (1):10-13. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/66/53>
- Silva O, Tavares LHL, Paz LC. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. *Enferm Foco* [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 6]; 2: 58-62. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/83/69>
- Seehausen MP, Oliveira MIC, Boccolini CS, Leal MC. Fatores associados ao aleitamento cruzado em duas cidades do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 02]; 33(4): e00038516. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00038516>
- Lima MML, Silva TKR, Tsupal PA, Melhem ARF, Brecailo MK, Santos EF. A influência de crenças e tabus alimentares na amamentação. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 7]; 40(2):221-229. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-37814>
- Vílchez Barboza V, Klijn T, Salazar Molina A, Sáez Carrillo K. Eficácia de uma intervenção personalizada de aconselhamento em enfermagem, presencial e telefônica, para fatores de risco cardiovascular: ensaio clínico controlado. *Rev. Lat.-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 7]; 24:e2747. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/124547>
- Barreto MAM, Ribeiro CMS, Paulino AF, Araújo GGN, Araújo MY, Lima ST. Aconselhamento psicológico e a atuação do psicólogo na unidade básica de saúde-UBS. *Cadernos de graduação. Ciências Biológicas e da Saúde*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 6] 3 (3): 227-244. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitbiossaude/article/view/3685/2024>
- Gonçalves ATP. Análise de conteúdo, análise do discurso e análise de conversação: estudo preliminar sobre diferenças conceituais e teórico-metodológicas. *Administração: ensino e pesquisa* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 6] 17 (2): 275-300. Available from: <https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/323>
- Machado JC. 50 anos da pressuposição na semântica argumentativa. *Cad. Est. Ling.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 7]; 61:1-21. Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cel/article/view/8652865>
- Mendonça AB, Pereira ER, Barreto BMF, Silva RMCRA. Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson. *Esc. Anna Nery*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 7]; 22 (4): e20180081. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400601&lng=en&nrm=iso
- Roque-sanchez MV, Macpherson I. Análise da ética de princípios, 40 anos depois. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 7]; 26 (2):189-197. Available from <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018262239>
- Maders S, Barcelos V. Pedagogia do oprimido – um legado generoso e esperançoso. *Revista e-Curriculum*. [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 7]; 17 (1):168-183. Available from: <http://revistas.pucsp.br/curriculum/article/view/39549/28067>
- Duarte SJH, Mamede MV. Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem em Cuiabá, MT. *Enferm Foco*. [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 7]; 3 (2): 75-80. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/259/147>
- Mendonça AMC; Rodrigues MEN, Souza NBAC. Uma reflexão sobre o livro pedagogia da autonomia, saberes necessários à prática educativa de Paulo Freire. *Revista PLUS FRJ: Revista Multidisciplinar em Educação e Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2019 nov 7]; 6: 89-97. Available from: <https://www.faculdadeplus.edu.br/wp-content/uploads/2019/04/ARTIGO-08-UMA-REFLEX%C3%83O-SOBRE-O-LIVRO-PEDAGOGIA-DA-AUTONOMIA.pdf>
- Alvarenga SC, Castro DS, Leite FMC, Brandão MAG, Zandonade E, Primo CC. Fatores que influenciam o desmame precoce. *Aquichan* [Internet]. 2017 [cited 2019 nov 7]; 17(1): 93-103. Available from: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.9>
- Benjumea MVR, Falla NCM, Jurado LV. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. *Colombia. Hacia Promoc. Salud* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 03]; 18(2): 66-78. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772013000200006&lng=en.
- White MI, Wagner SL, Schultz IZ, Murray E, Bradley SM, Hsu V, McGuire L, Schulz W. Non-modifiable worker and workplace risk factors contributing to workplace absence: A stakeholder-centred synthesis of systematic reviews. *Work*. [Internet]. 2015. [cited 2018 dez 03]; 52 (2): 353-373. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26409377>
- Rodrigues B, Peres P, Pacheco S. Boas práticas de maternança na perspectiva bioética: uma contribuição para a enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*. [Internet]. 2015. [cited 2018 dez 03] 23(4): 567-571 Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18944>

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA COMO TRATAMENTO ADJUVANTE PARA FERIDAS: ESTUDO DE PREVALÊNCIA

Camila Lopes Liandro¹

<https://orcid.org/0000-0003-0795-4010>

Marcia Santos²

<https://orcid.org/0000-0002-6380-5493>

Mônica de Almeida Carreiro¹

<https://orcid.org/0000-0003-1594-6491>

Karinne Cristinne da Silva Cunha¹

<https://orcid.org/0000-0003-4971-9801>

Danielle Galdino de Paula¹

<https://orcid.org/0000-0002-0103-6828>

Objetivo: descrever a prevalência dos tipos de feridas com indicação para oxigenoterapia hiperbárica. **Método:** estudo transversal, quantitativo e retrospectivo. Foram analisados prontuários de pacientes atendidos no setor de medicina hiperbárica referentes ao período de janeiro a dezembro de 2015. Empregou-se estatística descritiva e analítica. **Resultados:** Nos 60 prontuários analisados foram prevalentes: idade entre 19-49 anos e 61-72 anos (ambas com 27,1%), sexo masculino (68,3%), Diabetes Mellitus (44,1%) e deiscência cirúrgica (20,3%). Pessoas com idade de 61-72 anos tiveram maior tempo de sessões (mediana = 40 sessões). A regressão por modelagem linear utilizando como preditor a variável tempo de tratamento pela doença, demonstrou significância estatística do tabagismo e doença hematológica. Os achados corroboram com estudos sobre a ocorrência de feridas. **Conclusão:** O estudo de prevalência poderá contribuir para a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem individualizado ao portador de feridas que realizam tratamento no setor de oxigenoterapia hiperbárica.

Descritores: Oxigenação hiperbárica; Ferimento e Lesões; Cicatrização; Prevalência; Enfermagem.

HYPERBARIC OXYGENOTHERAPY AS AN ADJUVANT TREATMENT FOR WOUNDS: PREVALENCE STUDY

Objective: Describe the prevalence of types of wounds indicated for hyperbaric oxygen therapy. **Method:** cross-sectional, quantitative and retrospective study. Were analyzed medical records of patients seen in the hyperbaric medicine sector for the period from January to December 2015. Descriptive and analytical statistics were used. **Results:** In the 60 medical records analyzed, the following were prevalent: age between 19-49 years and 61-72 years (both with 27,1%), male (68,3%), Diabetes Mellitus (44,1%) and surgical dehiscence (20,3%). People aged 61-72 years had longer sessions (median = 40 sessions). Regression by linear modeling using the variable duration of treatment for the disease as a predictor, demonstrated statistical significance of smoking and hematological disease. The findings corroborate with studies on the occurrence of wounds. **Conclusion:** The prevalence study may contribute to the development of an individualized nursing care plan for patients with wounds undergoing treatment in the hyperbaric oxygen therapy sector.

Descriptors: Hyperbaric oxygenation; Wounds and Injuries; Healing; Prevalence; Nursing.

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA COMO TRATAMIENTO ADJUVANTE PARA HERIDAS: ESTUDIO DE PREVALENCIA

Objetivo: describir la prevalencia de los tipos de heridas indicadas para la oxigenoterapia hiperbárica. **Método:** estudio transversal, cuantitativo y retrospectivo. Se analizaron los registros médicos de pacientes atendidos en el sector de la medicina hiperbárica para el período de enero a diciembre de 2015. Se utilizaron estadísticas descriptivas y analíticas. **Resultados:** en los 60 registros médicos analizados, prevalecieron los siguientes: edad entre 19-49 años y 61-72 años (ambos con 27,1%), hombres (68,3%), diabetes mellitus (44,1%) y dehiscencia quirúrgica (20,3%). Las personas de 61 a 72 años tuvieron sesiones más largas (mediana = 40 sesiones). La regresión por modelado lineal utilizando la duración variable del tratamiento de la enfermedad como predictor, demostró la importancia estadística del tabaquismo y la enfermedad hematológica. Los hallazgos corroboran con los estudios sobre la aparición de heridas. **Conclusión:** El estudio de prevalencia puede contribuir al desarrollo de un plan de atención de enfermería individualizado para pacientes con heridas que reciben tratamiento en el sector de oxigenoterapia hiperbárica.

Descritores: Oxigenación hiperbárica; Heridas y Lesiones; Cicatrización; Prevalencia; Enfermería.

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

²Instituto Nacional de Câncer. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
Autor Correspondente: Camila Lopes Liandro - Email: liandro1989@gmail.com

INTRODUÇÃO

A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) foi normatizada no Brasil no ano de 1995 pelo conselho de Medicina através da resolução 1.457/95 como modalidade terapêutica. No ano de 2003 a sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH), com base nas diretrizes de segurança e qualidade, regulamentou que os serviços que possuísem câmeras hiperbáricas deveriam operá-las com técnicos de Enfermagem e em 2008, o Enfermeiro passou a integrar o quadro de profissionais exigido pela *Undersea and Hyperbaric Medical Society* (UHMS) e SBMH.⁽¹⁾

A literatura tem apresentado estudos acerca dos efeitos físicos e metabólicos da oxigenoterapia hiperbárica no tratamento das feridas. Como, por exemplo, o efeito antimicrobiano onde à medida que os níveis teciduais do oxigênio são elevados, diminui a atividade das endotoxinas. Além da vasoconstrição proporcionada por essa pressão de oxigênio (O₂) aumentada, que resulta na redução do edema, a angiogênese devido ao efeito compensatório da hipóxia, aumento da matriz óssea que devido a esse aumento de oxigênio dissolvido nos líquidos teciduais, aumenta a chegada de oxigênio nos ossos que permite as atividades osteoclásticas e osteoblásticas.^(2,3)

A oxigenoterapia vem adquirindo notoriedade como terapêutica adjuvante no tratamento de feridas, uma vez que, por estar centrado na cicatrização das lesões, esta terapia não se restringe às coberturas e medicamentos.^(3,4) Portanto, a necessidade de um trabalho interdisciplinar e, principalmente, a adesão do paciente submetido ao tratamento se torna um desafio para a equipe.

A exposição a altas concentrações de oxigênio que consequentemente aumentam a saturação de oxigênio, desencadeiam ações como a neovascularização e a proliferação de fibroblastos dentre outras ocorrências que agregadas combatem a isquemia, resultando na regeneração da área lesada. Assim, a terapia com oxigênio hiperbárico pode representar um complemento para o tratamento de “feridas complexas”.⁵

Mediante o exposto, o presente artigo tem como objetivo descrever a prevalência dos tipos de feridas com indicação para oxigenoterapia hiperbárica em um hospital do município do Rio de Janeiro.

MÉTODO

Estudo transversal retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado em um hospital da cidade do Rio de Janeiro.⁽⁶⁾ Essa instituição foi escolhida para cenário não só por possuir uma câmara de oxigenação hiperbárica, mas também, por se tratar de uma instituição que repousa sobre o tripé ensino, pesquisa e assistência.

Optou-se por amostragem não probabilística e para a

coleta de dados foram utilizados prontuários de pacientes atendidos no setor de medicina hiperbárica referentes ao período de janeiro de 2015 a dezembro de 2015. Nessa fase do estudo foram adotados como critérios de inclusão: prontuários de pacientes adultos e idosos; internados na instituição de origem do estudo e exclusão: pacientes provenientes dos setores de pediatria submetidos à OHB.

Na fase de coleta de dados utilizou-se um instrumento norteador com as seguintes variáveis: idade, sexo (gênero), declara ser tabagismo (sim, não, informação ausente), doenças associadas e tipo(s) de ferida(s). A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2017.

Inicialmente os dados obtidos foram digitados e tabulados no programa Microsoft Excel®. Posteriormente, os dados foram analisados no Programa SPSS® 2016. Para alcançar o objetivo foi utilizada a análise exploratória das variáveis do instrumento por meio de estatística descritiva e analítica. Para verificar se duas ou mais variáveis estavam relacionadas de alguma forma, utilizou-se a análise de regressão linear

No presente estudo, foi considerado o preditor (variável) tempo de tratamento (sessões) e seu comportamento em relação as demais variáveis estudadas.

Em atendimento a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente e coparticipante, sendo aprovado com CAAE: 70665717.0.3001.5256. O estudo dispensou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que, foram analisados os registros de pacientes atendidos no setor de medicina hiperbárica da instituição coparticipante.

RESULTADOS

No período em estudo foram analisados 60 (sessenta) prontuários de pacientes que realizaram o tratamento de oxigenoterapia hiperbárica no cenário hospitalar citado anteriormente. A efetiva prestação de serviços a essa determinada população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos direcionados aos diversos tratamentos. Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais inseridos neste cenário.

Os resultados estão dispostos, a seguir, em tabelas de distribuição de frequências cujas variáveis abarcam pesoas, clínica, tipo de ferida, número de sessões realizadas além de associações utilizando *boxplot* e testes estatísticos elegendo as variáveis idade pelo tempo de tratamento, tempo de tratamento pela doença e idade por doenças informadas, respectivamente.

A Tabela 1 expõe os resultados da distribuição de frequências de variáveis quanto à idade e gênero. A distribui-

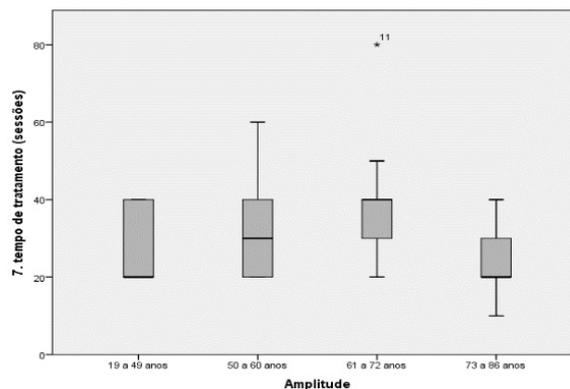
ção da faixa etária foi determinada a partir dos quartis da amostra analisada, assim, os valores foram ordenados em: segundo quartil (Q2) também conhecido como mediana, é o valor que fica a meio dos valores dos elementos do conjunto de dados, isto é, o valor que divide o conjunto de dados em duas partes iguais (metades) (na amostra a mediana da idade foi de 59,5 anos). Depois o primeiro quartil (Q1) determinado pelo valor que fica a meio da primeira metade do conjunto de dados (na amostra o Q1 foi de 19 a 49 anos) e o terceiro quartil (Q3) que analogamente, é o valor que fica a meio da segunda metade do conjunto de dados (na amostra o Q3 foi de 61 a 86 anos). A maior distribuição para faixa etária de 61 a 86 anos (49,1%). Quanto ao gênero o sexo masculino obteve a maior distribuição (68,3%) em relação ao feminino (31,7%).

Tabela 1 - Distribuição de pacientes que realizaram OHB segundo variáveis faixa etária, gênero e tabagismo (período janeiro a dezembro de 2015). Rio de Janeiro, 2018

Variável analisada	n	%
Faixa etária		
19-49 anos	16	27,1
50-60 anos	14	24
61-86 anos	29	49,1
Total	59	100
Gênero		
Masculino	41	68,3
Feminino	19	31,7
Total	60	100,0

Em relação ao tempo de tratamento, observa-se que pessoas com idade de 61 a 72 anos necessitaram de maior tempo de sessões, com a mediana de 40 sessões, seguida de pessoas de 50-60 anos (mediana de 30 sessões) e houve distribuição de sessões semelhantes de pessoas com idade de 19-49 anos e 73 a 86 anos (mediana de 20 sessões), conforme figura 1.

Figura 1 - *Boxplot* do tempo de sessões realizadas pela faixa etária (período de janeiro a dezembro de 2015). Rio de Janeiro, 2018



Quanto aos hábitos de vida, o tabagismo apresentou maior distribuição (73,3%). As doenças associadas as indicações de OHB foram Diabetes Mellitus (DM) (44,1%), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (37,3%) e Neoplasias (6,8%) e quanto as feridas com indicação de OHB observa-se: deiscência cirúrgica (20,3%), seguido de lesões de pé diabético (16,9%), osteomielite (13,6%), lesões por pressão (LPP) (10,2%) e úlcera venosa (8,5%). A variável outras obteve distribuição representativa (25,4%) e esta se refere a indicação de OHB a feridas que não constavam no instrumento de coleta de dados, como gangrena, abscessos e fasciotomia descompressiva secundária à síndrome compartimental, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das doenças associadas aos pacientes que realizaram OHB e tipos de feridas (período de janeiro a dezembro de 2015). Rio de Janeiro, 2018

Variável analisada	n	%
Tabagismo		
Informação ausente	44	73,3
Não	12	20,0
Sim	4	6,7
Total	60	100
Doenças associadas		
Diabetes Mellitus	26	44,1
Hipertensão Arterial Sistêmica	22	37,3
Neoplasias	5	6,8
Cardiovascular	3	5,1
Hematológica	2	3,4
Insuficiência Renal Crônica	1	1,7
Vasos Linfáticos	1	1,7
Total	60	100

Tipo de feridas

Deiscência Cirúrgica	12	20,3
Pé Diabético	10	16,9
Osteomielite	8	13,6
Lesão por pressão	6	10,2
Úlcera venosa	5	8,5
Lesões por Radiação	3	5,1
Erisipela Bolhosa	3	5,1
Lesão Traumática	2	3,4
Outras	15	25,4
Total	64	108,5

Nota: A tabela não terá valor igual a 100% pois um indivíduo poderá ter inúmeras doenças. Os casos omissos não foram computados.

Ao realizar o teste estatístico de regressão por modelagem linear automática utilizando como preditor a variável tempo de tratamento (sessões) pela doença, observamos que pessoas que tem dependência química da nicotina ($P=0,011$), seguida de doença hematológica ($p<0,05$) são os preditores com significância estatística. Este resultado demonstra que pessoas com estas condições tiveram maior indicação de OHB.

DISCUSSÃO

No estudo constatou-se a prevalência do gênero masculino em relação ao feminino. No cenário, este resultado pode ser explicado pela resistência dos homens em procurar o serviço de saúde e quando procuram vão diretamente aos serviços de saúde de atenção terciária e conseqüentemente já existe um quadro clínico de morbidade instalado, muitas vezes crônico.

Estudo realizado na região nordeste do Brasil, demonstrou que morrem mais homens do que mulheres e, estes óbitos, poderiam ser evitados se não houvesse tanta resistência diante da procura por atendimento da população masculina. Assim, sabe-se que homens, particularmente, aqueles na faixa etária (20-59 anos), possuem baixa frequência nos serviços de saúde.⁽⁷⁾ Estes dados corroboram com os achados do estudo em tela e carece de especial atenção, uma vez que, a baixa frequência da população masculina na atenção básica, no que tange principalmente ações de promoção da saúde e prevenção de agravos a esta população, carecem de estratégias que proporcionem busca ativa. Tais estratégias poderá repercutir positivamente nos agravos relacionados a esta população e mais especificamente, as feridas crônicas que necessitam de tratamentos prolongados.

O censo 2010 mostra que as pessoas com 60 anos ou mais, representam 10,80% da população. No ano 2000 a porcentagem dessas pessoas era de apenas 8,6%. A maior parte dos idosos está concentrada nas regiões Sudeste (46,25%). Esse dado pode ser explicado pela atratividade de suas áreas metropolitanas, que nos últimos 40 anos experimentaram um importante crescimento econômico.⁽⁸⁾

No que tange a idade dos pacientes submetidos as sessões de OHB notou-se que os mais idosos fizeram mais sessões do que os pacientes que fazem parte da faixa etária equivalente a fase adulta. Este fato nos traz a reflexão visto que a população idosa vem aumentando significativamente e à medida que a população vai envelhecendo, a saúde desses idosos vai ficando mais suscetível a certos tipos de doenças, e conseqüentemente a cicatrização e respostas do organismo aos tratamentos medicamentosos ficam mais lentificadas.⁽⁹⁾

Em relação às doenças associadas, houve maior prevalência do Diabetes Mellitus seguido da Hipertensão Arterial Sistêmica. Pelo fato do cenário em estudo estar localizado na cidade do Rio de Janeiro, este resultado pode ser explicado pela alta incidência de HAS e DM, dados publicados pelo Ministério da Saúde/Brasil do ano de 2016, demonstram que, segundo as capitais, Rio de Janeiro tem a maior prevalência de HAS (31,7%), sendo no sexo masculino, as maiores frequências observadas (30,9%). E referente ao DM a prevalência também se deu no estado do Rio de Janeiro com 10,4%, sendo do sexo feminino (12,0%) as maiores frequências apresentadas.⁽¹⁰⁾

A baixa prevalência de feridas associadas às neoplasias, constatada no presente estudo, pode ser explicado pelo fato do cenário estudado não ter perfil exclusivo ao cliente com neoplasia. No entanto, este dado merece ser discutido, uma vez que, no que tange a um dos tratamentos aplicados as neoplasias, a radioterapia é uma opção terapêutica que apesar dos seus benefícios, como reduzir a proliferação celular, induzir o crescimento de tecidos hipocelulares, hipovasculares e hipóxicos, provoca diversas complicações pélvicas como a cistite rádica hemorrágica além das radiodermites. Nessa perspectiva, por expandir a angiogênese, a oxigenação tecidual e a proliferação dos fibroblastos, o tratamento com a inalação de oxigênio puro em uma pressão maior que a pressão atmosférica tem alcançado resultados promissores no tratamento destas lesões induzidas por radiação ionizante.⁽¹¹⁾

Observou-se que a respeito das feridas com indicação de OHB, mais frequentes, a maior prevalência neste cenário foi a deiscência cirúrgica (20,3%). A aplicação da OHB em deiscências de suturas é regulamentada pela RESOLUÇÃO CFM nº 1.457/95.⁽¹²⁾ As complicações relacionadas as infecções de sítio cirúrgico são cada vez mais frequentes nos pacientes que

realizam cirurgias. Sua ocorrência se dá através de diversos fatores que envolvem tanto o paciente quando a equipe, mas principalmente devido aos cuidados dirigidos a ferida operatória desde o pré-operatório aos cuidados no pós-operatório.⁽¹³⁾

Seguindo a distribuição das feridas com indicação de OHB os resultados apresentaram como segunda maior prevalência as lesões de pé diabético (16,9%). O tratamento para este tipo de lesão se dá por meio de curativos e algumas vezes se faz necessário o uso de antibióticos intravenoso, mas o fator principal é a adesão do paciente aos cuidados a lesão e ao controle glicêmico.

Cerca de 15% a 25% das pessoas com diabetes desenvolverão uma úlcera no pé. Essas feridas são frequentemente resistentes à cura. Além da terapêutica aplicada nesses casos, a OHB tem apresentado resultados favoráveis. A exposição do paciente a saturação de oxigênio em pressões maiores que a da atmosfera tem como resposta a proliferação de fibroblastos, além da neovascularização combatendo assim a isquemia que é consequência da doença vascular periférica característica desse tipo de paciente, assim, apesar de existir um grau de incerteza associado à avaliação do custo-benefício do tratamento padrão de feridas e a^(OHB), os achados parecem sugerir que este tratamento resulta em custos mais baixos e melhores resultados do que o tratamento padrão de feridas realizados de forma isolada.⁽¹⁴⁾

Quando se trata da quantidade de sessões de OHB realizadas, não há quantidade pré-estabelecida. Ao contrário de outros tratamentos que há uma espécie de protocolo medicamentoso, por exemplo, quando tratamos da OHB é necessária avaliação da individualidade do paciente e suas comorbidades.

Em estudo realizado com 267 pacientes na Universidade de São Paulo (USP/SP) observou-se que o número médio de sessões aplicadas até a alta ou a morte foi de aproximadamente 15 para lesões agudas, e 30 para lesões crônicas, para 95% dos pacientes. Apesar destes estudos ainda se torna necessário pesquisas que examinem os efeitos de uma ampla gama de sessões da OHB e a quantidade de sessões realizadas para o tratamento de diversos tipos de feridas que são necessários para que consiga se estabelecer de forma segura estes parâmetros.⁽¹⁵⁾

No estudo um dos preditores com significância estatística foi o de doença hematológica. Estudos demonstram a relação das doenças hematológicas, tempo de internação e o diagnóstico de doenças oncológicas e o surgimento de feridas crônicas. Em indivíduos com doença hematológicas, a espoliação do paciente e o surgimento de feridas são associadas à doença oncológica e o tratamento imunossupressor. Assim, destaca-se maior vigilância pela equipe de enfermagem a estes indivíduos.^(16,17)

Apesar de não ser reportada na literatura estatísticas exatas sobre a incidência de feridas tumorais e doenças hematológicas, reconhece-se a quantidade de tempo despendido pelos enfermeiros cuidando desses pacientes em termos de avaliação e manejo da ferida.

A influência do tabagismo no aumento das complicações da cicatrização de feridas operatórias é apresentada em estudo de revisão sobre a temática supracitada. O uso do tabaco reduz o calibre dos vasos, restringe o aporte sanguíneo e conseqüentemente leva a morte celular. A fisiologia da cicatrização implica numa diversidade de eventos moleculares e celulares que interligam-se para que ocorra a repavimentação e reconstituição tecidual. Nos fumantes o nível de antioxidantes, como a vitamina C, são reduzidos. Eles são essenciais para síntese da proteína fundamental na constituição da matriz extracelular do tecido conjuntivo, o colágeno.⁽¹⁸⁾ Nessa perspectiva, os resultados apresentaram uma significância estatística relevante com relação as pessoas que tinham o tabagismo como vício. Os pacientes que fumavam apresentaram, portanto, maior dificuldade de cicatrização e foram encaminhados para o OHB como alternativa para estimular a neovascularização.

Limitações do Estudo

Apesar de ter atingido o objetivo de descrever a prevalência dos tipos de feridas com indicação para oxigenoterapia hiperbárica em um hospital do município do rio de janeiro, o estudo apresenta limitações referente a apenas um cenário de pesquisa e constatação de ausência de informações nos prontuários acerca dos resultados da OHB relacionados às sessões e respostas das feridas o que ocasionou a exclusão de alguns prontuários. Sobre esta última, sugere-se a organização dos prontuários e por meio do diagnóstico situacional realizado neste estudo, a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem individualizado ao portador de feridas crônicas agregando assim, organização do trabalho da enfermagem e facilidade na comunicação dos enfermeiros e demais profissionais de saúde que participam do cuidado.

Cabe destacar, que há uma escassez de estudos recentes relacionados à OHB e sua eficácia sobre os diversos tipos de feridas, sobre o risco benefício da sua aplicabilidade e as possíveis reações adversas desta terapêutica e a necessidade de estudos que associem os benefícios da OHB para feridas relacionadas a doença hematológica descritas por Enfermeiros.

Contribuições para a prática

O enfermeiro tem autonomia no tratamento das lesões de pele e, também, é o profissional que está mais presente durante a internação e com isso pode acompanhar o desenrolar do tratamento. A legislação sobre a necessidade da presença do enfermeiro neste tratamento é recente. Esta modalidade

terapêutica é fundamentada por algumas leis físicas do mergulho e, entender também sobre a fisiologia dos benefícios celulares diante do oxigênio puro inalado em câmaras sob uma pressão maior que a pressão atmosférica, requer maior aplicação no âmbito prático e estudos voltados a áreas do conhecimento específicas, devido a isso, o enfermeiro vem construindo sua *expertise* nesta área.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o OHB é uma terapêutica que vem auxiliando o tratamento com feridas de diversas etiologias. O fator idade necessita ser discutido, uma vez que, há o aumento da expectativa de vida no Brasil e atrelado a isso surgem as

inúmeras patologias em consequência do envelhecimento do organismo.

Um dado que foi observado no estudo refere-se à necessidade de políticas preventivas relacionados ao tabagismo e o elevado desenvolvimento de lesões crônicas a partir deste hábito. Apesar das informações que circulam pelas mídias sociais é necessário intensificar a propagação das mesmas a fim de evidenciar as consequências do uso do tabaco.

Financiamento: Por fim, ressalta-se que parte deste estudo foi financiado pelo Edital FAPERJ n.22/2016 e Edital CAPES/COFEN.

REFERÊNCIAS

- Andrade SM de, Santos ICRV. Oxigenoterapia hiperbárica para tratamento de feridas. Rev.Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 19];37(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200418&lng=pt&tlng=pt
- Santos DR, Roman ULT, Westphalen AP, Lovison K, Spencer Neto FAC. Profile of patients with Fournier's gangrene and their clinical evolution. Rev Col Bras Cir [Internet]. Colégio Brasileiro de Cirurgiões; 2018 Feb 15 [cited 2019 Mar 27];45(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912018000100154&lng=en&tlng=en
- Torres León JM, Domínguez Alegria AR, Navarro Téllez M, Brinquis Crespo MA, Espigares Correa A, Pérez Mochales JF. Patologías tratadas con oxigenoterapia hiperbárica en el Hospital Central de la Defensa. Sanid Mil [Internet]. Ministerio de Defensa; 2015 [cited 2019 Mar 27];71(2):77-83. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2017 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília; 2017. Available from: www.saude.gov.br/svs
- Ueno T, Omí T, Uchida E, Yokota H, Kawana S. Evaluation of hyperbaric oxygen therapy for chronic wounds. J Nippon Med Sch. 2014;81(1):4-11. PMID: 24614389
- Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2003 [cited 2018 Apr 13];4:13. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>
- Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. Anna Nery [Internet]. 2014;18(4):615-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000400615&script=sci_abstract&tlng=pt
- Mafra SCT, Silva EP, Fonseca ES, Freitas NC, Almeida A V. O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do censo demográfico 2010 [Internet]. 2013. Available from: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_1473_391be8021f4f579d7335c4d436e500e3.pdf
- Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Cien Saude Colet [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2018 Jun [cited 2019 Mar 27];23(6):1929-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=pt&tlng=pt
- Ministério da Saúde (BR). Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2015 [Internet]. Brasília; 2017. Available from: https://www.ans.gov.br/images/Vigitel_Saude_Suplementar.pdf
- Ribeiro de Oliveira TM, Carmelo Romão AJ, Simões de Oliveira PM, Silva Gaspar SR, Gamito Guerreiro FM, Matos Lopes TM. Oxigenoterapia hiperbárica na cistite rádica hemorrágica. Acta Urológica Port [Internet]. Elsevier; 2016 Apr 1 [cited 2019 Mar 27];33(1):1-5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2341402216000057>
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1.457/95. Brasília - DF. 1995.
- Oliveira AC, Gama CS. Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015;49(5):767-774. Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/106700>
- Ontario HQ. Hyperbaric Oxygen Therapy for the Treatment of Diabetic Foot Ulcers: A Health Technology Assessment. Ont Health Technol Assess Ser [Internet]. Health Quality Ontario; 2017 [cited 2019 Mar 27];17(5):1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5448854/> PMID: 28572866
- D'Agostino Dias M, Fontes B, Poggetti RS, Birolini D. Hyperbaric oxygen therapy: types of injury and number of sessions--a review of 1506 cases. Undersea Hyperb Med. 35(1):53-60. PMID: 18351127
- Sousa RM, Espírito Santo FH. Telemonitoramento como tecnologia aliada ao cuidado de enfermagem ao paciente com doença onco-hematológica [Internet]. [Niterói]: Universidade Federal Fluminense; 2018 [cited 2019 Feb 27]. Available from: https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6353/1/Renata_Miranda_de_Sousa.pdf
- Silva L de B. Gerenciamento dos riscos associados à infecção em pacientes onco-hematológicos pós quimioterapia [Internet]. Universidade Federal Fluminense; 2018 [cited 2019 Mar 20]. Available from: https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6272/1/Luciana_de_Barro_da_Silva.pdf
- Cavichio BV, Pompeo DA, Oller GASAO, Rossi LA. Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014;48(1):174-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000100170&script=sci_arttext&tlng=pt

IMIGRAÇÃO DE VENEZUELANOS E OS DESAFIOS ENFRENTADOS POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Paulo Sérgio da Silva¹

<http://orcid.org/0000-0003-2746-2531>

Loeste Arruda-Barbosa²

<http://orcid.org/0000-0002-2679-5898>

Objetivo: Identificar os desafios enfrentados por enfermeiros para cuidar de imigrantes venezuelanos na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo realizado com nove enfermeiros de unidades básicas de saúde do município de Boa Vista, Roraima. A estratégia adotada para produção dos dados foi uma entrevista semiestruturada. Os achados foram analisados segundo Bardin e organizados em categorias. **Resultados:** Foram evidenciadas 163 unidades de registros decodificadas em três dimensões: Superlotação dos serviços básicos em saúde, sobrecarga de trabalho nas atividades do enfermeiro e incompreensão do sistema de saúde brasileiro por parte do imigrante venezuelano. **Conclusão:** Os desafios enfrentados pelos enfermeiros de Roraima na produção do cuidado com imigrantes venezuelanos no contexto da Atenção Primária à Saúde incidiram em aspectos estruturais, humanos, políticos e relacionais.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Pública; Emigração e Imigração.

IMMIGRATION OF VENEZUELANANS AND THE CHALLENGES FACED BY NURSES OF PRIMARY HEALTH CARE

Objective: To identify the nurses's challenges for caring venezuelan immigrants in primary health care. **Methods:** This is a qualitative study conducted with nine nurses from basic health units in Boa Vista city, Roraima. The strategy adopted for data production was a semi-structured interview. The findings were analyzed according to Bardin and organized in categories. The raw data were recorded and their contents were transcribed and the analysis according to Bardin. **Results:** 163 units of records were decoded in three dimensions: overcrowding of basic health services, work overload in nurses' activities and misunderstanding of the Brazilian health system by the venezuelan immigrant. **Conclusion:** Challenges faced by nurses in Roraima to the production of care for venezuelan immigrants in primary health care context focused on structural, human, political and relational aspects.

Descriptors: Primary Health Care; Public Health Nursing; Emigration and Immigration.

INMIGRACIÓN DE VENEZOLANOS Y LOS DESAFÍOS QUE ENFRENTAN LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Objetivos: Identificar los desafíos enfrentados por enfermeros para cuidar inmigrantes venezolanos en la atención primaria em salud. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo realizado con nueve enfermeros de unidades básicas de salud en el municipio de Boa Vista, Roraima. La estrategia adoptada para la producción de los datos fue una entrevista semiestruturada. Los hallazgos fueron analizados de acuerdo con Bardin y organizados en categorías. **Resultados:** Fueron evidenciadas 163 unidades de registros decodificados en tres dimensiones: hacinamiento de los servicios básicos en salud, sobrecarga de trabajo en las actividades del enfermero y incompreensión del sistema de salud brasilero por parte del inmigrante venezolano. **Conclusión:** Los desafíos enfrentados por los enfermeros de Roraima en la producción de cuidado con inmigrantes venezolanos en el contexto de la atención primaria en salud afectaron en aspectos estructurales, humanos, políticos y relacionales.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Pública; Emigración e Inmigración.

¹Universidade Federal de Roraima

²Universidade Estadual de Roraima

Autor Correspondente: Paulo Sérgio da Silva - Email: pssilva2008@gmail.com

Recebido 22/01/2020 - Aceito 07/04/2020

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre fluxos migratórios, por sua natureza, são desafiadores. Isso porque a situação migratória coloca uma série de questionamentos acerca da saúde das pessoas que vivenciam múltiplas situações de deslocamento. Em linhas gerais, o quadro conceitual desenhado pelos deslocamentos de pessoas apresenta significados múltiplos nos processos migratórios, apresentando definições sobre o que seria imigração, emigração e refugiados⁽¹⁾.

Trata-se de um problema global a ser enfrentado pelos Estados Nacionais, bem como os determinantes sociais e de saúde que estes deslocamentos populacionais produzem, gerado a partir de fatos políticos, econômicos e sociais dos quais os processos migratórios decorrem⁽²⁾.

O Brasil, sobretudo a região fronteira no extremo norte, é cotidianamente incidido pela imigração desenfreada advinda da crise humanitária a qual enfrenta a Venezuela⁽³⁻⁴⁾. O que se observa é o aumento de imigrantes venezuelanos no estado de Roraima, responsável em intensificar as demandas por alimento, trabalho, moradia, segurança e serviços básicos de saúde.

O estado de Roraima é geograficamente isolado, com os mais baixos índices populacionais do Brasil e oportunidades econômicas limitadas. De acordo com os registros de imigração, 114.974 venezuelanos cruzaram a fronteira nos primeiros oito meses de 2018, dessa totalidade, 85.203 ficaram no Brasil⁽⁵⁾.

Do ponto de vista migratório, estes dados pedem passagem para considerar que todo país ao abrir suas fronteiras, assume a responsabilidade de aceitar as pessoas com os seus benefícios e suas necessidades. Dessa forma, os impactos produzidos nos países fronteiriços pelo deslocamento populacional venezuelano ainda são difíceis de quantificar. Entretanto, parecem ser o resultado de multivariados aspectos de ordem política e econômica, capazes de produzir o aumento das despesas e o congestionamento dos serviços de saúde no Brasil⁽⁶⁾.

Podem ser citados como impactos da imigração venezuelana na saúde: o ressurgimento de doenças imunopreveníveis na América do Sul, com aumento de casos importados de malária e disseminação do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) no Brasil e na Colômbia, no caso do HIV, os pacientes frequentemente já chegam ao país de acolhimento portando a infecção. Além disso, o nível de coberturas vacinais abaixo do limiar epidêmico em território brasileiro, sobretudo entre 2015 e 2017, levou à reintrodução do sarampo no País tendo com a principal porta de entrada Roraima, estado que não havia registrado nenhum caso entre 2005 e 2014. Mas que permitiu coberturas vacinais abaixo de 80% contra sarampo

em alguns de seus municípios no referido período, facilitando assim a transmissão sustentada⁽⁵⁻¹⁰⁾.

O tema-problema, imigração venezuelana, aponta para uma crise no campo da saúde pública, resultante do colapso de sistemas macro e micropolíticos que fazem ressurgirem doenças infecciosas previamente controladas. Atento a isso, o Estado brasileiro iniciou em março de 2018 a Operação Acolhida, capitaneada pelo Exército Brasileiro, sendo estabelecida uma Força-Tarefa Logística Humanitária para o estado de Roraima, cuja atuação foi pautada por meio do tripé: ordenamento de fronteira, abrigamento e interiorização dos imigrantes venezuelanos⁽¹¹⁾.

No entanto, considerar especificamente a saúde do imigrante venezuelano junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), perpassa por leituras territoriais, rastreamentos de localidades de maior permanência desta população, níveis de complexidade da atenção à saúde, análises transculturais e identificação de necessidades de cuidado que são exigidas pelas diferentes fases do ciclo da vida.

Essas observações indicam pistas que dão forma a Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de Roraima território que cotidianamente é impactado pelos fluxos migratórios crescentes de venezuelanos⁽¹²⁾. Diga-se que as cenas de cuidar vivenciadas cotidianamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), junto à população venezuelana, exigem dos enfermeiros saberes emergentes construídos a partir de uma ciência que investiga o deslocamento de corpos por fronteiras.

Produzir ou ampliar o conhecimento científico sobre os desafios enfrentados por enfermeiros quando se encontram com os imigrantes venezuelanos, no interior ou fora dos serviços de saúde, não é algo fácil. O conhecimento emerge em uma região permeada por questionamentos geográficos e existenciais capazes de estruturar práticas e apontar desafios vivenciados por enfermeiros na APS.

Com estes pensamentos, é possível investigar os desafios enfrentados por enfermeiros da APS no estado de Roraima no campo da prevenção de doenças, promoção, recuperação e proteção da saúde, sem perder de vista o apoio logístico das Forças Armadas, coordenadas pelo Exército Brasileiro, que assiste os imigrantes com transporte, alimentação, saúde, suporte para o processo de interiorização, imunização, construção, recuperação e ampliação de abrigos⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, o presente estudo entra em um espaço singular, o lugar em que se constroem as práticas, saberes e os desafios vivenciados por enfermeiros ao prestarem cuidados em saúde ao imigrante venezuelano no Brasil, mas não incomum, se for mantido os mesmos pensamentos sobre as crises que afetam os Estados Nacionais e obrigam o homem a se deslocar do seu território de origem.

Com esses fios reflexivos, os conhecimentos presentes neste estudo são orientados pelo objetivo de identificar os desafios enfrentados por enfermeiros para cuidar de imigrantes venezuelanos na APS.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de natureza iminentemente qualitativa⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Participantes da pesquisa

O grupo social envolvido nesta investigação foi constituído inicialmente por treze enfermeiros. A seleção destes participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: tempo de atuação junto a UBS superior a um ano e ter realizado cem ou mais atendimentos a população venezuelana. Foram excluídos da investigação enfermeiros que se recusaram participar do estudo e profissionais licenciados ou afastados das atividades laborais no ato da produção dos dados. O grupo social envolvido no estudo foi composto por nove participantes, com idades variando entre 25 a 43 anos, representado majoritariamente por mulheres.

Local do estudo

O estudo foi realizado em Boa Vista, capital do estado de Roraima, localizada na Amazônia Legal. O município, situado no extremo-norte do Brasil, atualmente vem sofrendo o impacto da imigração desenfreada e é delimitado geograficamente pela fronteira com dois países, República Cooperativa da Guiana e Venezuela. A rede municipal de APS está territorializada em oito macroáreas, em que congregam 60 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídas em 34 UBS.

O contexto escolhido para estudo foram dez serviços de saúde que compõem a rede de APS do SUS em Boa Vista. A seleção destes cenários de investigação é justificada por dois aspectos importantes: expressiva concentração de imigrantes venezuelanos nestes locais de investigação e por serem concebidos como de maior fluxo de atendimento regional. É oportuno destacar que um cenário do estudo foi excluído devido à licença médica do enfermeiro responsável pela unidade no ato da produção dos dados.

Coleta de dados

Nos encontros foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado contendo questões que abordavam os seguintes temas: práticas dos enfermeiros na APS, fluxo migratório venezuelano e os desafios enfrentados para cuidar da população venezuelana na UBS. As entrevistas foram gravadas em aparelho de MPEG-1/2 Audio Layer 3

(MP3 Player) como recurso acessório para registros das informações com intuito de aumentar a conscientização sobre a prática e potencializar os indivíduos a entenderem os desafios do processo de trabalho em saúde⁽¹⁴⁾.

Procedimentos de análise e organização dos dados

As informações produzidas foram transcritas para análise que seguiu o referencial analítico de conteúdo disposto em Bardin⁽¹⁵⁾. As unidades de registro advindas do processo analítico foram organizadas na categoria intitulada, "Desafios enfrentados por enfermeiros da APS para cuidar dos imigrantes venezuelanos no extremo norte do Brasil", composta por três unidades de decodificação, a saber: superlotação dos serviços básicos em saúde, sobrecarga de trabalho nas atividades do enfermeiro e incompreensão do sistema de saúde brasileiro por parte do imigrante venezuelano.

Procedimentos éticos

A pesquisa obedeceu às diretrizes previstas na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado sob Parecer Nº 3.357.346. A coleta dos dados foi precedida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e o anonimato dos participantes desta investigação foi mantido, com a substituição dos nomes pela palavra identificadora "Participante", seguida de um número ordinal sequencial.

RESULTADOS

Os conteúdos que versam sobre os desafios enfrentados por enfermeiros quando se encontram com imigrantes venezuelanos no interior das UBS totalizaram 163 unidades de registros. Nesta perspectiva, são apresentados depoimentos que representam o excesso de pessoas no interior dos espaços físicos dos serviços de saúde.

Superlotação, evidenciada quando os enfermeiros afirmam:

Superlotação, pois não param de chegar venezuelanos [...] (Participante 1);

[...] venezuelanos que vem para unidade em grande quantidade [...] (Participante 2);

Há a superlotação, eles (venezuelanos) vão aumentando mais [...] (Participante 3);

[...] aumentou muito o número de usuários do nosso serviço pelo fato desta imigração [...] (Participante 5).

Em íntima relação com a primeira unidade de decodificação, foi identificado o aumento da procura por atendimentos em saúde. Fala-se de desafios que apresentam relação direta com as necessidades de saúde advindas de imigrantes venezuelanos que vivenciam processos gestacionais e de adoecimento, representados nos depoimentos pelo acentuado número de consultas de enfermagem no pré-natal, elevação da incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Tuberculose.

A sobrecarga de trabalho permeou os depoimentos, que podem ser evidenciados a seguir:

[...] os recursos humanos, se sentem cada vez mais sobrecarregados [...] (Participante 3);

[...] é todo tempo com a agenda sobrecarregada, [...] ninguém acredita na diminuição da demanda (Participante 4);

Aumento da demanda, e o número das equipes de Saúde da Família acabam sendo insuficientes (Participante 6);

[...] a sobrecarga que está acontecendo com a imigração venezuelana [...] atendemos em média quatro a cinco casos por semana de IST e não são brasileiros (Participante 7).

Foi destacada pelos enfermeiros a incompreensão do imigrante venezuelano sobre o Sistema de Saúde Brasileiro, sobretudo, no que tange à organização do modelo de atenção em níveis de complexidade. As unidades de conteúdo apontam que as práticas de cuidar do enfermeiro na APS são cotidianamente impactadas pela procura de imigrantes venezuelanos com demandas próprias da de alta complexidade, que requerem atendimento de urgência e emergência.

Esses desafios podem ser evidenciados nos depoimentos apresentados a seguir:

Confundem a Atenção Básica com hospital de referência [...] (Participante 1);

[...] acham que vão chegar e ter médico pra atender emergencialmente (Participante 2);

A maioria deles quando chegam querem atendimento imediato (Participante 5);

[...] já querem atendimento imediato com casos de emergência (Participante 6).

DISCUSSÃO

As discussões apontaram para a realização de novas ponderações sobre a imigração, no sentido de fugir do que habitualmente é pensado sobre o povo imigrante venezuelano e olhar para os desafios vivenciados pelos enfermeiros da APS. As discussões são encaminhadas para as fragilidades do sistema de saúde que invariavelmente sinalizam a necessidade de mais contratações de profissionais da área da saúde para atender as demandas territoriais de cada UBS envolvida no estudo.

Nessa perspectiva, o excesso de imigrantes à procura dos serviços básicos de saúde precisa ser discutido para além da superlotação do espaço físico do cuidar. Os enfermeiros sinalizam que o fluxo migratório internacional para o extremo norte do Brasil por venezuelanos aumenta diariamente, o que causa superlotação em toda rede de APS no município de Boa Vista.

Diga-se ainda que, o colapso do sistema de saúde venezuelano representada pela diminuição da capacidade do país em importar equipamentos, alimentos e medicamentos seja a mais concreta expressão de intensificação do fluxo migratório⁽⁴⁾. Nesse sentido, fica evidente que a utilização dos serviços de saúde brasileiros tornou-se um local de destino para os imigrantes venezuelanos, o que invariavelmente produz novas dinâmicas assistenciais no plano das ações de prevenção de riscos, agravos e doenças e a promoção, cura e reabilitação da saúde.

Pensar sobre a superlotação das UBS nos convida a refletir sobre as políticas fronteiriças do passado, que impactam o presente e podem sofrer alterações no futuro. Daí a discussão sobre a utilização de indicadores da assistência para trazer exatidão aos cuidados praticados, melhorar e qualificar a APS junto a populações específicas de imigrantes⁽¹⁶⁾.

Esse aumento abrupto de demanda também já foi registrada no setor terciário em Boa Vista, sobretudo no que tange a crescente demanda de partos na maternidade que registrou no ano de 2017 mais de 9000 intervenções realizadas. Deste total 566 foram de mulheres venezuelanas, o que representa um percentual de 6,2% dos partos sem acréscimos com relação ao ano anterior^(11,17).

Pontua-se que essa realidade de sobrecarga nos serviços de saúde ainda é atenuada por conta da recente implantação de um posto de triagem em Boa Vista que, dentre outros serviços, realiza imunização dos imigrantes a citar, tríplice viral, vacina contra febre amarela e contra hepatite B e alguns cuidados básicos em saúde⁽¹⁸⁾.

Essas ações certamente têm um impacto na redução da demanda dos serviços que, sem esse posto de triagem, seriam prestados na APS, o que certamente geraria estrangulamento no do atendimento e, sobretudo, sobrecarga dos

profissionais da saúde, que é outro desafio a ser considerado nos discursos dos enfermeiros diz respeito à sobrecarga de trabalho produzida pelo fluxo migratório venezuelano. Considera-se que a quantidade de profissionais da saúde é insuficiente para a demanda de atendimentos.

Além disso, áreas assistenciais específicas, tais como, imunização, materno-infantil e clínica, com ênfase para o tratamento de pneumonia, tuberculose e malária tiveram sua demanda aumentada, o que compromete a rotina dos atendimentos das UBS estudadas¹¹. Dentre os serviços mais recorridos pelos imigrantes venezuelanos, destacados pelos enfermeiros, encontra-se o controle da tuberculose, assistência às IST e consultas de enfermagem no pré-natal.

A sobrecarga de trabalho e o excesso de burocracia são barreiras para o enfermeiro realizar suas ações na ESF. Ao efetivar seu trabalho, o enfermeiro precisa optar por quais atividades realizará e acaba deixando outras ações, como a parte burocrática, para um segundo plano o que interfere diretamente na continuidade do cuidado¹⁹.

Além disso, sublinha-se que a sobrecarga de trabalho vivenciada por enfermeiros da UBS, advinda de uma demanda, sobretudo, por ações curativistas buscadas pela população venezuelana, impede a realização de atividades educativas, o que compromete a consolidação de um modelo de atenção pautado na promoção da saúde²⁰.

Nesse sentido, vale ressaltar que o intenso processo migratório acentuou uma demanda já elevada vivenciada na rotina da APS de uma população com necessidades mais voltadas para o modelo biologicista de cuidar, em que os principais motivos de buscas estão relacionados a consultas médicas para tratamento de doenças e agravos à saúde, tratamento odontológico ou para a aquisição de medicamentos¹².

Quando se considera a população adscrita por equipe da ESF, conforme o estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é de 2.000 a 3.500 pessoas²¹, relacionando-o com a população do município de Boa Vista para o ano de 2018, que era de 375.374 e possuía 56 equipes de saúde da família, calculado pelo teto máximo de pessoas/equipe, já havia um déficit estimado de aproximadamente 50 equipes²². Outra questão, que precisa ser considerada como desafio citado pelos enfermeiros, diz respeito à incompreensão do imigrante venezuelano, sobretudo, em relação à organização/ordenamento e hierarquização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Fala-se de um corpo desterritorializado, marcado por uma assistência elementarmente biologicista e curativista. Concretamente os enfermeiros produziram em seus depoimentos cenas de cuidar na APS, que remeteram à incessante procura do imigrante por serviços de alta complexidade, urgência e emergência. Tal situação talvez se deva pela

dificuldade de acesso a um sistema universal de serviços de saúde em seus territórios de origem.

Os enfermeiros das UBS são tomados por uma consciência de que o SUS é o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde em uma rede disposta de forma regionalizada e hierarquizada. Dessa forma, a APS ordena toda a RAS, que é o elo entre a pessoa e suas necessidades de saúde em todos os níveis de complexidade tecnológica²³.

Mesmo com os desafios ora apresentados, é preciso olhar e perceber que os usuários devem ser cuidados na APS em sua singularidade, atravessados por representações de saúde-doença, desejos, pulsões, representações e necessidades. Ao se considerar que a pessoa que busca cuidados é acolhida pela APS, rompe-se com a ideia do corpo objetivo, lugar de sinais e sintomas, para dar voz aos seus sentimentos, percepções, sua subjetividade¹².

E essa inclusão perpassa pelo trabalho da Enfermagem, que é a maior categoria profissionais da saúde e com ampla participação no âmbito da gestão e assistência no SUS, que deve ter as atividades coerentes com à realidade social, econômica, cultural e ambiental de cada família e comunidade²⁴⁻²⁵ incluindo os imigrantes.

Nesta perspectiva é fundamental colocar em relevo as orientações estratégicas para o avanço e fortalecimento da Enfermagem nos sistemas e serviços de saúde considerando a liderança e a gestão desta no contexto dos sistemas de saúde e na formulação e monitoramento de políticas. As próprias condições de trabalho e as capacidades dos profissionais de Enfermagem de modo a ampliar o acesso e a cobertura com qualidade. O fortalecimento do primeiro nível de atenção como as redes integradas de serviços de saúde, bem como, a qualidade da educação em Enfermagem para responder às necessidades dos sistemas de saúde voltados à cobertura universal de saúde no Brasil, na região das Américas e nos territórios do mundo onde a imigração é fenômeno real²⁶.

Assim, será possível fortalecer o argumento de que a saúde das pessoas deve ser sustentada por um esforço coletivo, cooperativo e sem fronteiras²⁷, independente de nacionalidade visto que o SUS é universal, precisa e depende da Enfermagem. E esta, por sua vez, depende da consolidação do SUS para um exercício profissional comprometido e valorizado²⁸ direcionado à melhoria da saúde da população, controle social e empoderamento comunitário.

Limitações do estudo

As considerações que foram apontadas implicam a produção de cuidado em saúde por enfermeiros da APS junto aos imigrantes venezuelanos no extremo norte do Brasil. Certamente este momento do estudo convida a rever os cenários

no qual os dados foram produzidos, retornar ou mesmo ampliar o número de UBS, para rastrear novamente os desafios vivenciados por enfermeiros com as populações imigrantes.

Fala-se agora em imigrantes porque o estado de Roraima, localizado na Amazônia Legal é delimitado geograficamente pela fronteira entre o Brasil, com dois países, Guiana Inglesa e Venezuela. Nesse sentido, há que se considerar em estudos futuros a população guianense junto aos serviços básicos de saúde do município de Boa Vista.

Com os desafios postos em três dimensões, considera-se ainda como limitação desta investigação a sua natureza analítica ser estritamente conteudística, o que faz com que a dimensão política de expressão presente no momento das entrevistas com os enfermeiros não apareça nesta investigação. Dessa forma, considera-se a necessidade de buscar novos caminhos para investigar atuação dos enfermeiros que lidam cotidianamente com a população imigrante no Brasil.

Contribuições para a Prática

O estudo apresenta no plano qualitativo três dimensões que desafiam os enfermeiros da APS ao cuidar do povo imigrante venezuelano no estado de Roraima. A decodificação de desafios de ordem assistencial abre passagem para ampliação do que vem sendo planejado como assistência pública em saúde ao imigrante venezuelano e também sobre as condições de trabalho dos enfermeiros.

Assumir a abordagem qualitativa para investigar a dualidade, enfermeiro brasileiro e cuidado à população venezuelana na APS, por si só, envolveu uma aposta no pensamento contemporâneo e sua contribuição residiu na superação dos isolamentos dos saberes para disparar novas questões que ainda não haviam sido suscitadas sobre fluxo migratório.

Espera-se com a divulgação dos achados contribua com a mudança no escopo de práticas da Enfermagem e dos demais profissionais da APS, sobretudo com relação às peculiaridades transculturais dos imigrantes venezuelanos no sistema de saúde brasileiro.

Assim, acredita-se que os resultados desta investigação possibilitem no campo prático da APS, emergentes caminhos para cuidar dos imigrantes venezuelanos. Somado a isso, considera-se que os desafios identificados são verdadeiros diagnósticos situacionais para os gestores de saúde aprimorarem

as práticas e políticas de cuidado na APS, considerando a latente realidade das migrações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este caminhar faz com que a imigração venezuelana se desdobre em quadros desafiadores que os enfermeiros da APS enfrentam, resultantes de todos os acontecimentos do cenário político atual da Venezuela, da matriz cultural dos povos e da diversidade do extremo norte do Brasil. Especificamente em Roraima, identificar desafios que habitam os territórios das APS da cidade de Boa Vista pede passagem para emergentes discussões científicas a serem realizadas na produção de cuidado básico em saúde ao povo imigrante venezuelano de forma continuada.

Nessa perspectiva, a pesquisa identificou três dimensões que desafiam enfermeiros a cuidarem do imigrante venezuelano na UBS, a saber: superlotação dos espaços físicos, sobrecarga das equipes de saúde incidido pelo aumento da demanda para assistência curativa e incompreensão do imigrante venezuelano sobre a política de saúde brasileira.

Baseado nisso, o estudo apresenta achados conclusivos que identificam a superlotação dos espaços físicos das UBS, o excesso de pessoas a serem atendidas e o aumento contínuo de novos imigrantes venezuelanos como grandes fatores que causam impactos no atendimento à população imigrante. Em decorrência disso, aumenta-se a demanda da produção de cuidado em saúde, o que acarreta a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, que enfrentam um aumento no número de consultas de enfermagem pré-natal, ginecológica e de controle da tuberculose.

Por fim, a incompreensão do sistema de saúde brasileiro, foi identificado como desafio para cuidar dos imigrantes venezuelanos. Os imigrantes cotidianamente procuram a UBS para atendimento de especialidades, urgência e emergência. Isso desloca os enfermeiros para uma sensibilização dos imigrantes sobre a lógica de funcionamento dos serviços de saúde, levando em consideração seus níveis de complexidade. Com a certeza do inacabado, acredita-se que estes desafios enfrentados pelos enfermeiros de Roraima para cuidar de imigrantes venezuelanos possam contribuir com os processos de cuidar, sobretudo em regiões de fronteira.

REFERÊNCIAS

1. Martin D, Goldberg A, Silveira C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. Saude soc [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 21];27(1):26-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170870>.
2. Martino A. The medicine of migration as a social process: the Italian experience. Online Braz J Nurs [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 21];17(2). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6202/html_1.
3. Doocy S, Page K, Hoz F, Spigel P, Beyer C. Venezuelan migration and the border health crisis in Colombia and Brazil. Journal on Migration and Human Security [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 21];12:1-13. Available from: <https://doi.org/10.1177/2331502419860138>.

4. The Lancet. The collapse of the Venezuelan health system. *Lancet* [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 29];391:1331. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00277-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00277-4).
5. Suárez JÁ, Carreño L, Paniz-Mondolfi AE, Marco-CanosaFJ, Freilij H, Riera JA, et al. Infectious Diseases, Social, Economic and Political Crises, Anthropogenic Disasters and Beyond: Venezuela 2019 - Implications for Public Health and Travel Medicine. *Rev Panam Enf Inf* [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 21];1(2):73-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.13082.90562/1>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>.
7. Paniz-Mondolfi AE, Tami A, Grillet ME, Márquez M, Hernández-Villena J, Escalona-Rodríguez MA. Resurgence of vaccine-preventable diseases in Venezuela as a regional public health threat in the Americas. *Emerging Infectious Diseases* [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 21];25(4):625-632. Available from: <https://doi.org/10.3201/eid2504.181305>.
8. Rodríguez-Morales AJ, Bonilla-Aldana DK, Morales M, Suárez JÁ, Martínez-Buitrago E. Migration crisis in Venezuela and its impact on HIV in other countries: the case of Colombia. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials* [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 21];(9). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12941-019-0310-4>.
9. Junior VLP. Anti-vacinação, um movimento com várias faces e consequências. *Cad. Ibero-amer Dir Sanit* [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 21];8(2):116-122. Available from: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v8i2.542>.
10. Zambonin F, Lima KLB, de Sousa PDAC, Muniz TR, Caldart RV, da Costa MJ, Camargo C. Análise da cobertura vacinal em menores de cinco anos em um estado fronteiriço da Amazônia. *Saúde em Redes* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 03];5(2):289-299. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2240>.
11. Barreto TMAC, Barreto F, Ferko GPS, Rodrigues FS. Os impactos nos serviços de saúde decorrentes da migração venezuelana em Roraima: ensaio reflexivo. In: Baeninger R, Silva JCJ (coordenação). *Migrações Venezuelanas*. São Paulo (SP): UNICAMP; 2018. p. 369-373.
12. Almeida-Silva, A., Lima AKS, Silva RCL, Oliveira MS, Silva PS, Barbosa, LA. Avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários da estratégia de saúde da família da cidade de Boa Vista-RR. *Saúde em Redes* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 03];5(2):301-314. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2241/pdf>.
13. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos teóricos das técnicas de pesquisa qualitativa. *Revista Lusófona de Educação* [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 24];40(40):139-153. Available from: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>.
14. Watkins DC. Rapid and rigorous qualitative data analysis: the "RADaR" technique for applied Research. *International Journal of Qualitative Methods* [Internet]. 2017 [cited 2019 Ago 24];16:1-9. Available from: <https://doi.org/10.1177/1609406917712131>.
15. Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France; 2013. 296 p.
16. Figueira MCS, Silva WP, Silva EM. Integrative literature review: access to primary healthcare services. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 29];71(3):1178-88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>.
17. Roraima. Governo de Roraima [homepage na internet]. Maternidade Nossa Senhora de Nazareth realiza Curso de Reanimação Neonatal [cited 2020 Apr 06]. 2019. Available from: <http://portal.rr.gov.br/index.php/component/k2/item/583-qualificacao-maternidade-nossa-senhora-de-nazareth-realiza-curso-de-reanimacao-neonatal>.
18. Brasil. Casa Civil. Relatório Trimestral. Comitê Federal de Assistência Emergencial, Brasília [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 03]. Available from: http://www.casacivil.gov.br/operacao-acolhida/documentos/20181015_segundo-relatorio-tr-consolidando.pdf.
19. Figueira AB, Barlem ELD, Amestoy SC, Silveira RS, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos AM. Health advocacy by nurses in the Family Health Strategy: barriers and facilitators. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 29];71(1):57-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0119>.
20. Valadão PAS, Lins L, Carvalho FM. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. *Saúde Soc* [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 29];28(1):193-206. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902019180284>.
21. 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) [Internet]. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil]. 2017 set. 21 [cited 2020 Apr 05]. Available from: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 05]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/boa-vista/panorama>.
23. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2019 Ago 29];22(4):1281-1289. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.
24. Moll MF, Boff NN, Santos SP, Siqueira TV, Ventura CAA. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 03];10(3). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2001>.
25. Paz EPA. 16ª Conferência Nacional de Saúde: espaço amplo e democrático de discussão e articulação da enfermagem. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 03]; 10(3). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2602>.
26. Pan American Health Organization. Strategic Directions for Nursing in the Region of the Americas. [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2019 [cited 2020 Apr 03]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996047>.
27. Ventura M. Imigração, saúde global e direitos humanos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 03];34(4):e00054118. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00054118>.
28. Lorenzetti J, Pires DEP, Spricigo J, Schoeller SD. Unidade de ação: um desafio para a enfermagem brasileira. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 03];3(3):152-154. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/304>.

PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO: ANÁLISE À LUZ DA INTEGRALIDADE

Camila Rodrigues Barbosa Nemer¹

<http://orcid.org/0000-0003-1252-3709>

Gabrielle Paixão Guedes¹

<http://orcid.org/0000-0001-9969-8354>

Natália Ramos dos Santos¹

<http://orcid.org/0000-0003-0540-4568>

Francineide Pereira da Silva Pena¹

<http://orcid.org/0000-0001-8465-4252>

Walter de Souza Tavares¹

<http://orcid.org/0000-0002-8268-6207>

Elizabeth Teixeira²

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

Objetivo: Analisar a percepção dos usuários sobre o atendimento às necessidades de saúde ofertadas pelo Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Estado do Amapá à luz do princípio da integralidade. **Método:** Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no polo de referência do Programa de Tratamento Fora de Domicílio da cidade de Macapá, AP, Brasil, no segundo semestre de 2018, com 17 usuários. Para a coleta de dados, realizaram-se entrevistas. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temático-Categorial. **Resultados:** Emergiram três categorias de análise: Necessidades de saúde e processo de busca pelo tratamento; Viagens, dificuldades e facilidades; Necessidades familiares e sociais. **Conclusão:** O programa apresenta fragilidades e soluções de continuidade que permitem afirmar o prejuízo ao cumprimento do princípio da integralidade.

Descritores: Integralidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

OUT-OF-HOUSE TREATMENT PROGRAM: ANALYSIS IN THE LIGHT OF INTEGRALITY

Objective: To analyze the perception of users about meeting the health needs offered by the Out-of-Home Treatment Program in the State of Amapá in the light of the principle of integrality. **Method:** Exploratory study with a qualitative approach. Held at the reference pole of the Out of Home Treatment Program in the city of Macapá, AP, Brazil, in the second half of 2018, with 17 users. For data collection, interviews were conducted. The data were analyzed through the analysis of categorical thematic content. **Results:** Three categories of analysis emerged: Health needs and the process of seeking treatment; Travel, difficulties and facilities; Family and social needs. **Conclusion:** The program presents weaknesses and solutions for continuity, which makes it possible to affirm the damage to compliance with the principle of integrality.

Descriptors: Integrality in Health; Health Services Accessibility; Health Services Needs and Demand.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO FUERA DE CASA: ANÁLISIS A LA LUZ DE LA INTEGRALIDAD

Objetivo: Analizar la percepción de los usuarios sobre la satisfacción de las necesidades de salud que ofrece el Programa de Tratamiento Fuera del Hogar en el Estado de Amapá a la luz del principio de integralidad. **Método:** Estudio exploratorio con enfoque cualitativo. Celebrada en el polo de referencia del Programa de tratamiento fuera del hogar en la ciudad de Macapá, AP, Brasil, en la segunda mitad de 2018, con 17 usuarios. Para la recopilación de datos, se realizaron entrevistas. Los datos se analizaron mediante el análisis de contenido temático categórico. **Resultados:** Surgieron tres categorías de análisis: Necesidades de salud y el proceso de búsqueda de tratamiento; Viajes, dificultades e instalaciones; Necesidades familiares y sociales. **Conclusión:** El programa presenta debilidades y soluciones para la continuidad, lo que permite afirmar el daño al cumplimiento del principio de integralidad.

Descriptores: Integralidad en Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud.

¹Universidade Federal do Amapá

²Universidade do Estado do Amazonas

Autor Correspondente: Camila Rodrigues Barbosa Nemer - Email: camilarodriguesb08@hotmail.com

Recebido 23/01/2020 - Aceito 07/04/2020

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde idealizou o Programa de Tratamento Fora de Domicílio (PTFD) para atender a diferentes necessidades de saúde, em suas especificidades, buscando garantir os direitos aos usuários, respeitando os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

Trata-se de um programa assistencial que tem como objetivo assegurar, por meio da rede pública do SUS, assistência à saúde em geral aos usuários classificados como de alta e média complexidade, que não possuem suporte de tratamento no seu município ou Estado de origem. O programa disponibiliza serviços como: consulta médica; tratamento ambulatorial, hospitalar e cirúrgico previamente agendado; passagens de ida e volta aos usuários e, se necessário, a acompanhantes, para que possam se deslocar até o serviço onde será realizado o tratamento e retornar à sua cidade de origem; auxílio para alimentação e hospedagem do usuário e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento⁽²⁾.

O conceito de integralidade incorpora diferentes dimensões: a noção de integralidade como princípio do SUS passa desde a reorganização dos serviços de saúde, conhecimentos e ações dos profissionais (individualmente ou em equipe), relações entre equipes e a rede de serviços, até a formação permanente dos profissionais na saúde. Consiste também em uma reafirmação do Direito à Saúde, em que o usuário ocupa o lugar de centralidade, com participação no projeto terapêutico, o qual requer um desenho coletivo de sistema preparado para ouvir, entender e, então, atender às demandas e necessidades das pessoas⁽³⁾.

Este conceito tem natureza polissêmica e polifônica na qual algumas ideias estão imbricadas: escuta; cuidado; acolhimento; tratamento digno e respeitoso. Assistir o ser humano como um todo, descentralizando o foco da doença pela valorização da atenção à pessoa, focando em sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer, reconhecendo e lidando com diferentes saberes, com a diversidade de demandas e a pluralidade de seus sujeitos. A integralidade também “poderia ser encarada exatamente como a própria travessia desse caminho que se sustenta na garantia do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Estado democrático de direitos”⁽³⁾.

Em levantamento nas bases de dados nacionais, evidenciou-se a escassez de publicações que discutissem o PTFD a partir da percepção do usuário e à luz da integralidade. O estudo teve como objetivo, considerando a importância da integralidade para a legitimidade do SUS, analisar a percepção dos usuários sobre o atendimento às necessidades de saúde ofertado pelo Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Estado do Amapá à luz do princípio da integralidade.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa.

Local do estudo

A pesquisa ocorreu no polo de referência do PTFD no município de Macapá - AP, Brasil, com coleta de dados no segundo semestre de 2018.

Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 17 usuários do PTFD. Os critérios de inclusão foram: ser maior de dezoito anos e ter realizado, no mínimo, uma viagem para tratamento fora do Estado. Elencou-se como critério de exclusão: apresentar dificuldade de comunicação oral. A amostra foi do tipo intencional não probabilística.

Coleta dos dados

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Estadual da Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com perguntas fechadas e abertas, que foram gravadas mediante autorização prévia. Os usuários foram abordados durante a semana ao recorrerem a atendimento no polo de referência do PTFD, sendo esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e o instrumento de coleta de dados. Ao manifestarem interesse e aceitarem participar da pesquisa, foram agendadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade.

Procedimentos de análise dos dados

O produto das entrevistas foi transcrito na íntegra, digitado no word e analisado por meio da Análise de Conteúdo Temático-Categorial de Bardin⁽⁴⁾.

A análise de conteúdo compreende três fases: 1) pré-análise: nesta primeira fase, foram sistematizadas as ideias iniciais e estabelecidos indicadores para a interpretação das informações coletadas. Nessa fase, foi realizada a leitura geral das entrevistas, organizando o material. Tal sistematização é necessária para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise; 2) exploração do material: nessa segunda fase, houve a construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, definindo regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias temáticas; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: por fim, a terceira fase captou os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado por meio das entrevistas, condensando e destacando as informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; isto é, o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica⁽⁴⁾.

A discussão foi realizada à luz do referencial teórico da integralidade - princípio doutrinário do SUS. Organizaram-se três categorias partindo da análise.

Procedimentos éticos

A pesquisa obedeceu à Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) sob o Parecer Nº 2.751.737. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram entrevistados 17 usuários do PTFD atendidos no polo de referência do PTFD no município de Macapá. Quanto ao sexo, 12 eram do sexo feminino e cinco, do sexo masculino, com idades variando entre 21 e 55 anos. Quanto à residência, 12 residiam no município de Macapá e cinco, no município de Santana.

Necessidades de saúde: processo de busca pelo tratamento

Esta primeira categoria revela os motivos de busca pelo PTFD e o processo para conseguir ingressar no programa.

Os motivos que levaram o usuário a buscar pelo PTFD destacaram a ausência de suporte para o tratamento no Estado, assim como a carência de materiais para o procedimento a ser realizado e a falta de profissionais especializados, como indicam as falas a seguir.

[...] então, assim... Infelizmente, a gente não tem suporte... Médicos... Médicos até que a gente tem... Capacitados... Mas, quando chega nessa parte... De dizer que terá transplante, ou entre outras complexidades mais altas aqui no Estado na área da saúde, infelizmente, nós não temos (U9).

Há falhas do programa, como a falta de pactuação com outros Estados, interferindo no agendamento das consultas, que geralmente precisam ser marcadas diretamente no hospital que irá receber os pacientes e agendadas pelos próprios usuários, demonstradas nas seguintes falas dos usuários.

[...] quando cheguei lá no TFD, eles falaram pra mim que eu tinha que marcar, verificar... Marcar... Ligar pra entrar em contato com o hospital de lá pra eu poder me consultar (U4);

[...] tem gente que passa meses esperando... Tem pessoas que são anos... Porque, infelizmente, o nosso Estado só tem pactuação com o Pará (U9).

O papel do médico e a centralidade deste profissional durante os trâmites interestaduais do processo no programa, além dos trâmites burocráticos, fazem com que ele atue

também como facilitador, muitas vezes, entrando em contato com colegas da profissão atuantes em outro Estado para que seu paciente tenha uma garantia de consulta e tratamento, como indicado nas falas a seguir.

[...] aí foi uma oportunidade que o doutor... ele chamou cinco pacientes pra fazer o transplante [...] aí foi que ele tinha um amigo lá, um médico [...] então, a gente já foi tudo encaminhado (U1).

Viagens, dificuldades e facilidades

Esta segunda categoria revela como são as viagens dos usuários, os entraves, as facilidades, o custeio e uma breve avaliação do programa. Há insatisfação dos usuários quanto ao valor recebido como auxílio financeiro nas viagens para custear suas despesas e do acompanhante, sendo esse auxílio disponibilizado somente no retorno das viagens, e à recorrência de atrasos mesmo após o retorno, em alguns casos, atrasando meses, como indica a fala abaixo.

[...] isso é comum, é rotina acontecer na vida da gente, do paciente chegar lá e não ter dinheiro e ficar em situação difícil (U6).

A fala do usuário revela algumas de suas angústias por se sentir desamparado pelo programa.

[...] eles mandam a gente daqui do nosso Estado pra lá, mas, chegando lá, cada um por si, tem que se virar, procurar um local... Nem sequer procuram um local pra gente (U2).

A ausência de informatização no TFD faz com que a efetivação de todo o processo, desde a solicitação até a finalização do tratamento da pessoa que é assistida pelo programa, seja realizada manualmente. Além disso, para obter qualquer resposta, seja da emissão de sua passagem, do deferimento do processo, ao agendamento de atendimento, a pessoa precisa deslocar-se até o prédio para ter ciência do andamento de seu processo, como indica a fala abaixo.

[...] a gente é até esquecido porque não é informatizado; aí, você chega e seu processo, muita das vezes, perdem seu processo lá dentro, você tem que voltar outro dia (U8).

Apesar das dificuldades enfrentadas, tanto dentro do programa quanto para deslocar-se para outro Estado, os pacientes possuem um grande companheirismo entre si em que buscam assistir um ao outro.

[...] eu já saí daqui de Macapá, fui pra Fortaleza, levando processos de pacientes na mão pra transplante cardíaco (U6);

[...] eu já intervi por muitas pessoas no TFD que não conhece nada; aí, eu peço pra minha amiga marcar e assim que eles têm ido (U11).

A emissão de passagens surge tanto como uma dificuldade, causando diversos transtornos para os usuários, como uma facilidade, por não ser custeio do usuário e sim do tratamento.

[...] uma vez que eu tive problema, que as passagens não foram liberadas... Foi logo no início do meu tratamento... A de volta, eu passei quinze dias lá esperando pra liberação da volta porque não tinha passagem (U4);

[...] a facilidade que o programa mesmo me dá só é mesmo de passagens... Só isso mesmo (U3).

O programa é a oportunidade de realizar o tratamento necessário e, assim, melhorar a sua condição de saúde e, em alguns casos, conseguir manter sua vida, como indica a fala a seguir.

[...] eu não tinha condições de sair daqui, ir para uma cidade grande, um Estado que oferecesse condições de saúde, né, hoje em dia, eu sou transplantada pelo TFD (U1).

Necessidades familiares e sociais

Esta terceira categoria revela o impacto que a rotina de tratamento fora de domicílio traz para o cotidiano do paciente e seus aspectos familiares, tanto na perspectiva social quanto econômica.

O tratamento traz implicações para o trabalho, estudo e atividades diárias, levando a mudanças no rol de atividades do dia a dia.

[...] eu demorei muito pra terminar mesmo meus estudos... Então, ele me fez muitas limitações mesmo, o meu tratamento (U3);

[...] atrapalhou muita coisa, principalmente o meu trabalho... O meu filho, eu passei quase dois meses que não podia carregar ele porque não podia carregar peso (U15).

É relatado ainda, pelos entrevistados, que as despesas familiares se multiplicam em razão de haver gastos tanto na cidade em que está sendo realizado o tratamento, com moradia, alimentação, transporte e outros, quanto no seu local de origem, com os gastos cotidianos da família, como indica a fala abaixo.

[...] quando eu viajo, são dois custos, lá e aqui. Então, pra mim, é meio pesado, né? (U2).

No decorrer do tratamento, além da necessidade do usuário em se adaptar a uma nova rotina trazida pelo seu diagnóstico, os seus familiares e pessoas com quem o mesmo convive também passam por esta adaptação devido ao impacto emocional que a notícia da doença pode causar e dos ajustes de responsabilidades necessários em razão de, muitas vezes, o usuário precisar ausentar-se do seu papel familiar e social para que possa cuidar do seu estado de saúde.

[...] então, o meu filho fica praticamente com a babá durante esses dias que eu tô lá (U10);

[...] a minha família desmoronou (U17).

DISCUSSÃO

Dentre os vários conceitos, a integralidade relaciona-se às configurações de políticas específicas ou especiais e como essas são conduzidas⁹. Refere-se à forma como os serviços de saúde se organizam para atender aos anseios da população por meio de uma "assistência integral, à organização e gestão dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, assim como às questões macroestruturais que incluem políticas sociais mais gerais, políticas de saúde específicas e a organização do sistema"⁽⁵⁾.

A integralidade do cuidado "implica em movimento, em processo de interação, em idealizar o projeto de cuidado e responsabilizar-se pelo cuidado. Nesse sentido, o atendimento integral requer a superação da estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, exigindo o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional"⁽⁶⁾.

Em relação às necessidades de saúde, processo de busca pelo tratamento, os resultados deste estudo indicam que, dentre as relatadas pelos usuários do programa, a necessidade de acesso se destaca. O principal motivo de busca pelo tratamento fora de domicílio ocorre devido a falhas na assistência oferecida na rede pública do Estado. A população precisa de um tratamento considerado mais avançado, como, por exemplo, o transplante de órgãos, que não é realizado no Estado, e o paciente tem como única opção buscá-lo em outros Estados, e isso pode levar algum tempo.

Longos tempos de espera são um problema comum em diferentes sistemas públicos de saúde. Além de impactar a satisfação dos profissionais e usuários, é também um indicador da qualidade dos serviços por estar relacionado à capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população⁽⁷⁾.

A assistência à saúde, relacionada às especialidades, atenção diagnóstica e terapêutica, média e alta complexidade, é um ponto que chama a atenção tanto pelo estrangulamento dos serviços de saúde quanto pelos exorbitantes gastos. A

integralidade deve ser vista além do aspecto da organização dos recursos disponibilizados, mas especialmente pelo fluxo do usuário para acesso aos mesmos⁽⁸⁾.

A construção da integralidade surge como base para superar contradições e vencer desafios na consolidação do SUS. O acesso de algumas populações ao SUS exige “articulação de saberes e experiências de planejamento e avaliação permanentes das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade”⁽⁹⁾.

Ressaltam-se as importantes desigualdades entre as regiões de saúde no país, em particular no Norte, com rede de serviços de saúde insuficiente, dificuldades de fixação de recursos humanos, concentração de serviços de média e alta complexidade nas capitais, repasse de recursos inferior à média per capita nacional e infraestrutura sanitária inadequada. As políticas do governo federal são descontinuas e insensíveis às especificidades regionais. Soma-se a isso a incapacidade de gestão no âmbito municipal⁽¹⁰⁾. Tem-se, ainda, somado a isso, um desequilíbrio no atual quadro político e econômico do país, que provoca uma sobrecarga no serviço de saúde, além do subfinanciado, que vem contribuindo ainda mais para a fragilização do SUS⁽¹¹⁾.

Outra situação pertinente à integralidade no SUS são as questões oriundas do modelo de atenção, organização e aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais devem ser ordenadas pela Atenção Primária à Saúde a fim de evitar os atendimentos de episódios agudos de doenças, mas para um cuidado contínuo às condições e agravos das pessoas⁽¹¹⁾. No entanto, pelos relatos dos usuários, percebe-se que a integralidade não está sendo cumprida, pois os atendimentos episódicos para suas peculiaridades apenas ocorrem quando estes se esforçam para alcançá-lo.

Em relação às viagens, dificuldades e facilidades, emergem, dos resultados, aspectos como a falta de informatização, atrasos na ajuda de custo e emissão das passagens, que refletem na ausência de um trabalho em rede, que faz com que esse usuário, muitas vezes, se sinta desamparado. Os sistemas de informação em saúde são “como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde”⁽¹²⁾.

O conceito de integralidade vincula-se, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, equilibrando a interdependência dos atores e organizações, considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para solucionar problemas de saúde de uma população. Evidencia-se a ausência de um sistema que elimine as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras municipais com vistas

à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados⁽¹³⁾.

A insatisfação com o TFD é também demonstrada em outro estudo, que revela que o tempo médio de espera para receber a primeira ajuda de custo é de dois a quatro meses, e ocorrem diversos atrasos no pagamento do recurso, não sendo este suficiente para suprir as despesas com o deslocamento. Mais da metade dos pacientes considerou não estar sendo bem atendida pelo TFD⁽¹⁴⁾.

O aumento de ações judiciais para acesso aos procedimentos de média e alta complexidade indicam uma ineficiência do SUS em garantir a integralidade e suprir as diversas necessidades de utilização dos serviços, em atendimento ao direito à vida, explicado pela baixa resolutividade da atenção básica. Outra justificativa é o fato de o Estado ser comprador de serviços, não mais provedor ou gestor, e a introdução da lógica de mercado na gestão dos serviços, que tende a distorcer o direito à saúde⁽¹⁵⁾.

Sobre as necessidades familiares e sociais, os resultados ressaltam que se submeter a um tratamento que exige deslocamento contínuo tende a pesar quando se trata de trabalho, estudo e atividades do dia a dia. Para os usuários que utilizam o TFD, torna-se difícil manter-se em um emprego fixo. Quando lhes foi perguntado sobre como eles lidam para preservar seus empregos e conservar seus estudos sem que estes sofram danos, em sua grande maioria, externaram a dificuldade de conseguir um empregador que entenda sua necessidade de afastamento porque, dependendo do seu tipo de tratamento, ele pode durar meses.

De maneira geral, ao se tratar de integralidade, pode-se inferir que isto implica proporcionar, ao usuário, atendimento pleno conforme lhe é de direito e acesso a cuidados que vão além da cura de doença, ou seja, que ele encontrará, no sistema de saúde, atendimento para suas necessidades psicológicas, sociais e familiares⁽¹⁶⁾.

Defender a integralidade é defender práticas em saúde intersubjetivas no SUS, envolvendo necessariamente uma dimensão dialógica; é defender também que a oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro⁽¹⁷⁾.

O acesso à saúde oferecido pelo TFD pode ser considerado um dos determinantes fundamentais da qualidade de vida dos usuários, influenciando aspectos da vida social, da dinâmica demográfica, da mortalidade e da expectativa de vida. Morar em locais mais vulneráveis traz consequências relacionadas aos custos dos usuários referentes à infraestrutura, à distância para terem acesso aos serviços públicos, entre outros. Essas características do local, por si só, afetam o nível de bem-estar individual e da comunidade em geral, potencializando seus efeitos sobre o estado de saúde⁽¹⁸⁾.

Limitações do estudo

Pode-se limitar este estudo pelo fato de ele ter sido dis-

cutido apenas sob a ótica da integralidade, necessitando de estudos futuros em níveis local, regional e nacional, com mais participantes e sob diferentes óticas de análise.

Contribuições para a prática

Nesse contexto apresentado, os modos, as ações, os saberes e fazeres dos profissionais devem apreciar as características, demandas objetivas e subjetivas desse usuário, respeitando os direitos de atenção à saúde e sua participação como coprodutor de saúde individual e coletiva.

CONCLUSÃO

O TFD, à luz da integralidade no Amapá, apresenta fragilidades e soluções de continuidade que permitem afirmar o prejuízo ao cumprimento do princípio da integralidade. Dessa forma, expressado pelos usuários, o acesso aos níveis de média e alta complexidade é insuficiente no Estado. Os usuários encontram dificuldades não só no acesso, na oferta de vagas, mas também na distância enfrentada por eles quando viajam

para outros municípios e/ou Estados, em estrutura de condições de transporte, apoio e hospedagem.

A gestão do TFD precisa compreender o princípio de integralidade e a oferta dos serviços como dimensões do viver. Deve-se compreender este usuário como um ser humano que agrega ambientes, qualidades e expressões individuais e coletivas, que possibilitam recompor a difícil coesão do ser humano – usuário, diante da situação de saúde, que exige uma tomada de decisão do outro. Fica evidente que as necessidades desses usuários vão para além de necessidades de serviços, mas se expressam em necessidades de condições de vida, relação entre profissionais e usuários e em manter autonomia no modo de conduzir sua vida.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

CRBN, GPG, NRS, FPSP, WST, ET: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Santos AGD, Baretta E. Perfil dos pacientes usuários de tratamento fora de domicílio de Erval Velho - SC. Universidade do Oeste de Santa Catarina [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 20]. Available from: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoescAdriana-Galhotto-dos-Santos.pdf>.
- Paraná. Manual de Regulamentação para Tratamento Fora de Domicílio/ TFD no Sistema Único de Saúde – SUS- PR [Internet]. 2007 [cited 2018 out 25]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/DEL2007/del034_1_07.PDF.
- Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Conceito de Integralidade em Saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 22]. Available from: <https://lappis.org.br/site/conceito-de-integralidade-em-saude>.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal. Edições 70/LDA; 2011.
- Oro J, Matos E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. *Enferm. Foco* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 22]; 2(2):137-140. Available from: [doi:https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.113](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.113).
- Gelbocke F, Reibnitz SK, Prado ML, Lima MM, Kloh D. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. *Enferm. Foco* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 22]; 2(2):116-119. Available from: [doi:https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.108](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.108).
- Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais. *REME rev. min. enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2018 nov 26]; 19(1):65-71. Available from: <http://www.reme.org.br/exportarpdf/986/v19n1a06.pdf>.
- Franco TB, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado [Internet]. São Paulo - SP. 2004 [cited 2018 nov 26]. Available from: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%20ANCIA%20CO%20SA%20DADE%20-%20TFAlio.pdf>.
- Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2020 Jan 22]; 42(spe1):302-314. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500302&lng=en.
- Garnelo L, Sousa ABL, SCO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Jan 22]; 22(4):1225-1234. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401225&lng=en.
- Sales OP, Vieira APB, Martins AM, Garcia LG, Ferreira RKA. O Sistema único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Rev. Hum. Inov.* [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 31]; 6(17):54-65. Available from: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045a>.
- Marin HF. Sistema de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics.* [Internet]. 2010 [cited 2018 nov 26]; 2(1): 20-24. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>.
- Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 [cited 2020 Jan 22]; 20(Suppl 2):S331-S336. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en.
- Barbosa HHMM, Santos ALM, Cruz RAP, Borges RGL, Rodrigues Neto TS. Perfil dos pacientes atendidos pelo programa Tratamento Fora de Domicílio no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev. Pan-Amazônica Saúde* [Internet]. 2010 Set [cited 2020 Jan 22]; 1(3):43-47. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000300006&lng=pt.
- Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CD, Santos VC, Acurcio FA, Andrade ELG. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de cialização. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Jan [cited 2020 Jan 22]; 30(1):31-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100031&lng=en.
- Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev. Esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 Oct [cited 2020 Jan 22]; 45(5):1135-1141. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=en.
- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 Oct [cited 2020 Jan 22]; 20(5):1411-1416. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en.
- Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 22]; 34(6):e00213816. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605003&lng=en.

ONDE ESTÁ A ENFERMAGEM? A (IN)VISIBILIDADE DESTA CATEGORIA PROFISSIONAL NOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO

João Caio Silva Castro Ferreira¹

<https://orcid.org/0000-0003-3497-5896>

Hylida Mara Cruz de Moraes¹

<https://orcid.org/0000-0003-4703-7081>

Francisco José de Araújo Filho¹

<https://orcid.org/0000-0002-4203-7720>

Maria Karolayne de Araujo Pereira¹

<https://orcid.org/0000-0002-9915-6843>

Marcos Renato de Oliveira²²

<https://orcid.org/0000-0003-1803-9870>

Objetivo: analisar a visibilidade da Enfermagem nos meios de comunicação segundo a percepção de acadêmicos de Enfermagem. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, com a participação de acadêmicos de Enfermagem do primeiro e último semestres. Concebeu-se a coleta de dados por meio de roteiro semiestruturado. Analisaram-se os dados sob os preceitos da Análise de Conteúdo associada com o *software Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ)®. **Resultados:** destacou-se, pelos entrevistados, que a Enfermagem é desvalorizada nos meios de comunicação, salientando, também, a recorrente valorização dos profissionais da Medicina nessas mídias em detrimento da Enfermagem e demonstrando a necessidade de reivindicar esta realidade. **Conclusão:** cerca-se a Enfermagem de estereótipos em sua representação nas mídias e isso implica a sua desvalorização social e visibilidade profissional.

Descritores: Mídia Audiovisual; Papel do Profissional de Enfermagem; Autoimagem; Valorização Social.

WHERE IS NURSING? THE (IN)VISIBILITY OF THIS PROFESSIONAL CATEGORY IN THE MEDIA

Objective: to analyze the visibility of Nursing in the media according to the perception of Nursing students. **Method:** it is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, with the participation of nursing students from the first and last semesters. Data collection was conceived using a semi-structured script. Data was analyzed under the precepts of Content Analysis associated with the software *Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ)®. **Results:** it was highlighted, by the interviewees, that Nursing is devalued in the media, also emphasizing the recurrent valorization of Medicine professionals in these media to the detriment of Nursing and demonstrating the need to claim this reality. **Conclusion:** stereotypes Nursing is surrounded in its representation in the media and this implies its social devaluation and professional visibility.

Descriptors: Audiovisual Media; Role of the Nursing Professional; Self-image; Social Appreciation.

¿DÓNDE ESTÁ ENFERMERÍA? LA (IN)VISIBILIDAD DE ESTA CATEGORÍA PROFESIONAL EN LOS MEDIOS

Objetivo: analizar la visibilidad de Enfermería en los medios de comunicación según la percepción de los estudiantes de Enfermería. **Método:** se trata de una investigación descriptiva y exploratoria, con enfoque cualitativo, con la participación de estudiantes de Enfermería del primer y último semestre. La recolección de datos se concibió utilizando un guión semiestruturado. Los datos se analizaron bajo los preceptos del Análisis de Contenido asociado con el *software Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ)®. **Resultados:** los entrevistados destacaron que la Enfermería se devalúa en los medios de comunicación, destacando también la valoración recurrente de los profesionales de la Medicina en estos medios en detrimento de la Enfermería y demostrando la necesidad de reclamar esta realidad. **Conclusión:** la Enfermería está rodeada de estereotipos en su representación en los medios y esto implica su devaluación social y visibilidad profesional.

Descriptorios: Medios Audiovisuales; Rol del Profesional de Enfermería; Autoimagen; Apreciación Social.

¹Universidade Federal do Piauí (UFPI)- Campus Senador Helvídio Nunes de Barros.

²Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Autor Correspondente: João Caio Silva Castro Ferreira Castro Silva - Email: joaovscaiovscastro@outlook.com

INTRODUÇÃO

No século XXI, foram presenciadas diversas mudanças socioeconômicas que estimularam a produção de bens de consumo e serviços para a população. Em associação a tal fato, a popularização das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) permitiu o aumento da troca de informações e de acesso às mesmas⁽¹⁾, influenciando, inclusive, as relações no setor de saúde humana e os profissionais envolvidos no cuidar.

A interatividade deste cenário tecnológico com a disseminação da imagem de alguns profissionais, como os enfermeiros (as), trouxe à tona o fato de que a Enfermagem pouco tem aproveitado seu espaço na mídia para repercutir sua verdadeira importância, submetendo-se ao modelo biologicista, hospitalocêntrico e submisso à Medicina⁽²⁾.

É pertinente ressaltar que a Enfermagem, como ciência do cuidado, exerce ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde. A graduação em Enfermagem capacita os alunos a se tornarem futuros profissionais proativos e capazes de administrar seus serviços e promover a assistência apropriada à sua demanda populacional de acordo com suas peculiaridades e necessidades⁽³⁾.

O que se percebe é que a Enfermagem é uma profissão cada vez mais diversa no seu campo de atuação, todavia, os rótulos históricos ainda estigmatizam a profissão e limitam a disseminação do seu potencial⁽⁴⁾, contribuindo, assim, para a disseminação de estereótipos e opiniões negativas nas mídias⁽⁵⁾.

Um dos principais rótulos agregados à Enfermagem nas mídias de cinema e televisão é a imagem de profissionais do sexo feminino usando trajes brancos e obedecendo a ordens da equipe médica. Dessa maneira, as mídias insistem em associar a Enfermagem a rótulos sexistas e hospitalocêntricos que, em sua totalidade, não representam a realidade da Enfermagem e muito menos estão adequados ao retrato social destes profissionais⁽⁶⁾.

Além dos pontos destacados anteriormente como justificativa para este estudo, a Enfermagem possui um grande quantitativo de profissionais no Brasil. Existem atualmente 2.223.194 profissionais de Enfermagem, contando-se entre auxiliares de Enfermagem, técnicos, enfermeiros (as) e obstetrizes⁽⁷⁾. Além disso, o censo recente aponta que existiam 119.753 vagas em instituições públicas e privadas para o curso de Enfermagem⁽⁸⁾. Porém, o número de estudos sobre a representação social da Enfermagem, principalmente nas mídias televisivas, ainda é escasso.

Assim, este estudo torna-se relevante por apresentar a representação da Enfermagem, nos meios de comunicação, uma vez que os ideais difundidos podem influenciar toda a categoria. Justifica-se ainda a realização do mesmo para a obtenção de maior visibilidade científica e como forma de des-

mitificar a imagem profissional destes indivíduos.

Dessa forma, esta pesquisa buscou analisar a visibilidade da Enfermagem nos meios de comunicação segundo a percepção de acadêmicos de Enfermagem.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Com este modelo de pesquisa, buscaram-se descrever populações distintas ou algumas situações ocorridas, buscando reunir ideias sobre acontecimentos notificados. Além disso, também objetivou-se ressaltar e mudar conceitos pré-estabelecidas, pretendendo-se erguer outras indagações para novas pesquisas⁽⁹⁾.

Participantes da pesquisa

Para participar deste estudo, foram escolhidos 22 estudantes de Enfermagem cursando o primeiro ou o último semestre da graduação. A amostra é composta por 15 acadêmicos (as) de Enfermagem no último semestre de graduação e 18 pessoas eram do sexo feminino. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: graduandos do curso de Enfermagem cursando o primeiro ou o último semestre da graduação, com idade superior a 18 anos, que concordassem em ser entrevistados e que estivessem regularmente matriculados na Instituição de Ensino Superior (IES) em que foi realizada a pesquisa. Já os critérios de exclusão foram: alunos que não se encaixavam no perfil mencionado anteriormente e que apresentassem alguma condição física que não permitisse a comunicação.

Local do estudo

O respectivo estudo foi realizado no período de setembro a novembro de 2017 em uma IES pública situada em Picos, interior do Piauí. A seleção da instituição foi intencional pelo fácil acesso à população amostral, além de ser o estabelecimento de ensino ao qual o pesquisador estudava, favorecendo a etapa de coleta dos dados.

Coleta de dados

Como ferramenta para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada previamente marcada com os entrevistados e realizada em um local que assegurasse a privacidade dos mesmos. Ela foi conduzida por um roteiro construído pelos autores. Este instrumento possui uma pergunta discursiva e três objetivas no qual se buscou conseguir um detalhamento do perfil dos estudantes que adentraram no estudo. Para a gravação da entrevista, foi usado um *software android 4.1.2 Jelly Bean*. O questionamento central do roteiro foi: "O que você acha da forma que a Enfermagem é representada nos meios de comunicação?".

Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados foi concebida pela aplicação da Análise de Conteúdo associada ao *software* IRAMUTEQ®, versão 0.7 *alpha* 2. O procedimento de análise seguiu as respectivas etapas: pré-análise; investigação do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação⁽¹⁰⁾.

A Análise de Conteúdo foi empregada com o objetivo de designar afinidades entre os arranjos semânticos ou linguísticos, assim como entre as estruturas de cunho psicossociais. Este segmento analítico baseia-se na desintegração da unidade textual, buscando-se localizar os núcleos secundários incorporados na comunicação dos ouvintes e, subsequentemente, realizar a reunião em classes ou categorias das ideias que expressam mensagens similares⁽¹⁰⁾.

Como suporte na análise de dados, o *software* IRAMUTEQ® possibilitou diferentes análises estatísticas de textos⁽¹¹⁾. É válido salientar que esse *software* pode realizar diversos tipos de análises textuais dos quais, para este estudo, foi utilizado somente a técnica de nuvem de palavras. A nuvem agregou as palavras dos materiais analisados e as dispõe graficamente em função da sua frequência⁽¹²⁾.

Procedimentos éticos

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior: *Influência das séries de televisão na representação do papel da enfermagem*. A mesma foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 70797517.4.0000.8057), em conformidade com as normas impostas na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e obteve o parecer de aprovação com o número 2.269.337. Além disso, antes da coleta de dados, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde se apresentaram detalhes sobre a pesquisa e os direitos que foram contemplados para os seus sujeitos que aceitaram ser entrevistados. Para garantir o sigilo das entrevistas transcritas no estudo, elas foram codificadas com a letra E seguida de seu número de ordem.

RESULTADOS

A análise dos resultados gerou três categorias: Os cenários de desvalorização da Enfermagem; Reivindicação pela valorização da Enfermagem nos meios de comunicação e Visão biomédica nas mídias.

Os cenários de desvalorização da Enfermagem

Para compreender a motivação deste processo de des-caso com a Enfermagem, foram listadas, pelos entrevistados, três subcategorias que se correlacionam com este ideal: as desvalorizações midiática, política e financeira, como apresentadas a seguir.

Subcategoria 1: Desvalorização midiática

Péssima, uma classe que não tem destaque que realmente merecia ter. (E11)

Eu vejo a Enfermagem como uma profissão esquecida porque retrata apenas a questão do enfermeiro, como (...) auxiliar, os demais profissionais, sendo que a profissão da Enfermagem é uma profissão independente. (E14)

E as pessoas acabam que quem assiste (televisão) acha que a gente não faz nada porque não aparece na televisão, então, se não aparece na televisão, não faz. (E2)

Subcategoria 2: Desvalorização política

Precisa de uma visibilidade maior tanto dos políticos. (E8)

[...]sendo que o verdadeiro culpado nem somos nós, na verdade, é o Estado. (E7)

Subcategoria 3: Desvalorização financeira

Porque o salário de Enfermagem não dá dinheiro. (E10)

Também até questão do salário, que é diferente do médico, pouco valorizada neste quesito. (E5)

Subentende-se que os diferentes parâmetros de desvalorização apresentados motivam a invisibilidade da Enfermagem, fragilizando a sua repercussão social. Todavia, esta fragilidade é utilizada como viés para explorar negativamente a imagem social da Enfermagem, criando-se um distanciamento entre o reconhecimento da Enfermagem e a alta repercussão de preconceitos e estereótipos que não condizem com a realidade profissional.

Somente uma pessoa, que integrava o último semestre da graduação, divergindo da maioria representativa que alegou a invisibilidade da Enfermagem, mencionou a valorização da Enfermagem nos meios de comunicação, como pode ser notado a seguir.

[...]eu acho que hoje as pessoas têm uma visão mais aberta e que elas têm uma noção maior da importância da Enfermagem, pelo menos, nos meios de comunicação, tipo Facebook, Instagram que eu sigo, eu vejo a Enfermagem de uma forma positiva e de uma maneira indispensável no cuidado, eu acho que eles são bem representados, apesar de que, claro, tem as exceções, mas, no geral, eu acho que a Enfermagem é bem representada. (E11)

Apesar da grande invisibilidade ainda existente na profissão de Enfermagem, pode-se verificar que, aos poucos, os profissionais e acadêmicos começam a ocupar espaço positivo na mídia, espaço este que vem sendo utilizado para disseminar os campos práticos, as competências e os conhecimentos científicos em que se baseia a atuação da Enfermagem.

Reivindicação pela valorização da Enfermagem nos meios de comunicação

Tal categoria mostra que, mesmo neste contexto de invisibilidade e desvalorização, existe a intenção dos acadêmicos em contestar essa situação e romper com esse quadro de preconceitos históricos em torno da Enfermagem, como se pode perceber por meio dos recortes de discurso apresentados a seguir.

E eu acho que seria de suma importância que a Enfermagem fosse mais representada... (E10)

O enfermeiro que tá ali sempre presente, [enf.] tem o primeiro contato com o paciente, ele que vai elaborar todos os tipos de cuidados e vai observar, então, o enfermeiro tem que ganhar sim sua importância. (E13)

O enfermeiro tem uma importância muito grande dentro de todos os procedimentos, praticamente o enfermeiro está dentro de todos os procedimentos, então, eu acho que a gente deveria ser mais representados nos meios de comunicação. (E01)

É neste cenário que se percebe a insatisfação dos acadêmicos perante a invisibilidade da Enfermagem nos meios de comunicação, afinal, segundo seus conhecimentos, sabe-se que a assistência de Enfermagem possui grande impacto no sistema de saúde do Brasil. Dessa forma, a Enfermagem merece mais destaque, porém, tal realidade ainda não é devidamente reconhecida e popularizada pelas mídias.

Não obstante, por meio da nuvem de palavras gerada (Figura 1), foi possível ilustrar como é a representação da Enfermagem nos meios de comunicação segundo os acadêmicos entrevistados. O corpus textual analisado reuniu 308 palavras. Destas, pode-se perceber, por meio da nuvem, quais palavras foram mais destacadas nos discursos dos sujeitos.

Figura 1- Nuvem de palavras sobre a representação da Enfermagem nos meios de comunicação segundo a opinião dos acadêmicos de Enfermagem. Picos, Piauí, Brasil, 2017.



A nuvem de palavras demonstra que a palavra Enfermagem se encontra em evidência por ser a palavra mais evocada (32 vezes), mas se pode notar que outras palavras também tiveram ênfase e, dentre elas, há: Comunicação; Gente; Médico; Meio e Enfermeiro. Perante estes destaques, pode-se perceber o quanto o processo de Enfermagem é um processo grandioso, que requer comunicação minuciosa com os demais profissionais, em especial, os profissionais médicos e os pacientes.

Visão biomédica nas mídias

A Enfermagem é bastante desvalorizada nos meios de comunicações e comparada à classe médica ao ponto que, segundo os entrevistados, estes meios somente representam o setor saúde com foco nos profissionais da Medicina, como pode ser visto a seguir.

Acho que a ênfase maior ela tá sendo na Medicina do que na Enfermagem. (E21)

Eles sempre dão ênfase ao trabalho realizado pelos médicos, subjugando a Enfermagem como menos importante. (E15)

Foi identificado, nas falas dos entrevistados, o quanto a Enfermagem é cercada de estereótipos e vista de forma distorcida pelos meios de comunicação. A invisibilidade histórica da Enfermagem ainda é refletida no cotidiano, todavia, a profissão ainda não alcançou o seu patamar de protagonismo como ciência do cuidado, o que requer mais

empenho desta categoria profissional para atingir seu devido reconhecimento.

DISCUSSÃO

Esse estudo revelou o quanto a Enfermagem é reconhecida por seus estereótipos históricos, entre eles, a inferiorização da Enfermagem perante a Medicina. Além disso, pode-se perceber o quanto a profissão possui pouca visibilidade nos meios de comunicação. Sabe-se que a Enfermagem evoluiu perante a importância da sua assistência, mas a mídia ainda não conseguiu acompanhar essa realidade⁽¹³⁾ e, para entender essa insistente representação estereotipada da Enfermagem, precisam-se compreender o cotidiano da profissão e quais as dificuldades que influem na persistência destes rótulos.

Esse cotidiano profissional é marcado por condições de trabalho insuficientes, estresse, falta de competência na equipe e excesso de trabalho. E tal realidade sobrecarrega o trabalho do (a) enfermeiro (a), além de precarizar o trabalho da Enfermagem, provocando o sofrimento moral dos seus profissionais. Portanto, as consequências dessa precarização interferem diretamente na perda de identidade e na satisfação em executar suas responsabilidades, o que implica o posicionamento profissional da Enfermagem perante a visibilidade da profissão⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Quando os profissionais de Enfermagem se sobrecarregam de responsabilidades, na tentativa de buscar mais credibilidade para seu trabalho, estes indivíduos descentralizam suas ações com base na sua prática profissional, agregando, ao seu trabalho, até mesmo funções que não são de sua responsabilidade, e é neste afastamento dos princípios da Enfermagem que emergem os sentimentos de descontentamento, frustrações e silenciamento perante a importância científica da Enfermagem como ciência do cuidado⁽¹⁷⁾.

Ao que se refere às representações sociais categorizadas neste estudo, podem-se perceber os cenários de desvalorização da Enfermagem e a prevalência do modelo biomédico nos meios de comunicação, assim como tornou-se evidente a intenção dos acadêmicos de Enfermagem em romper com esta realidade e elevar a Enfermagem para um patamar em que seja reconhecida socialmente a importância da profissão. Além disso, vale destacar que a opinião sobre a desvalorização da Enfermagem foi dominante tanto para alunos do primeiro semestre quanto para alunos do último semestre de graduação.

Conquanto este cenário de desvalorização pode ser percebido em vários aspectos sociais, nos meios de comunicação da área de saúde⁽¹⁸⁾ e também nas demais mídias,

em uma pesquisa para investigar o nível de atenção aos profissionais da Enfermagem nas mídias portuguesas, foram recolhidas 1.271 notícias específicas da área da saúde. Contudo, entre os profissionais que foram fontes de informação para a construção de alguma matéria sobre saúde, somente 6,6% da amostra foi constituída por profissionais da Enfermagem, enquanto o profissional médico teve o índice de 22,5%⁽¹⁹⁾.

Tal fato destaca o respaldo social que a Medicina possui. Pode-se compreender que os profissionais médicos possuem maior credibilidade para se posicionar nos meios de comunicação, repercutindo informações que se concentram na visibilidade de somente um profissional e, consequentemente, os telespectadores passaram a dar credibilidade apenas às profissões que se pronunciam socialmente, enquanto as que se mantêm em silêncio não são validadas.

Ainda assim, é importante que a equipe de Enfermagem rompa com este silêncio perante suas práticas e fortaleça suas aptidões comunicacionais e organizacionais, visando à melhoria da sua contribuição no espaço público. Dessa maneira, a sociedade poderá identificar os progressos da profissão, a sua missão social e as suas colaborações para o sistema de saúde vigente, posteriormente, fortalecendo a importância da Enfermagem para o setor social e para os meios de comunicação⁽¹⁹⁾.

Uma alternativa para aumentar a visibilidade da Enfermagem são as redes sociais, como o *Facebook*, *Instagram* e *Twitter*, pois, além de possuírem ferramentas para promover reflexões sobre a importância da Enfermagem, são recursos bastante explorados pelos discentes, docentes e os demais graduados em Enfermagem⁽²⁰⁻²¹⁾. Dessa forma, os diálogos em torno da importância da Enfermagem são popularizados e, aos poucos, ganham notoriedade⁽²²⁾.

Como iniciativa mobilizadora para fornecer mais visibilidade no campo social e nas políticas públicas para a Enfermagem, instâncias governamentais internacionais criaram a Campanha *Nursing Now*. A mesma possui cunho mundial e foi inaugurada em fevereiro de 2018⁽²³⁾. Neste contexto, percebe-se que iniciativas fortes finalmente estão começando a surgir para ressaltar a importância da Enfermagem, porém, muito ainda deve ser feito para que a profissão tenha seu devido respaldo sociopolítico.

Diante do exposto, constatou-se que a Enfermagem, de forma gradativa, está se organizando para romper os estereótipos históricos que lhe cercam, contudo, ainda se tem um longo caminho para ser percorrido e a soma de esforços, associada à conscientização social, constitui os primeiros passos para ascender a Enfermagem a um estágio superior.

Limitações do estudo

Uma das principais limitações desta pesquisa foi a escassez de materiais científicos que agregassem conhecimentos sobre a temática debatida. Além disso, é pertinente relatar a dificuldade para acessar sujeitos de grupos distintos para uma mesma pesquisa, tornando-se cruciais o planejamento e o diálogo para marcar as entrevistas de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado associada ainda à dificuldade de encontrar literatura para melhor comparar os achados deste estudo.

Contribuição para a prática

A contribuição deste estudo concentra-se na sua proposta em alertar os profissionais da Enfermagem sobre como a importância profissional de sua categoria está sendo despercebida pelos meios de comunicação, fato que deve ser reivindicado para que a Enfermagem conquiste seu devido reconhecimento nos âmbitos socioeconômico e político.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados neste estudo, pode-se concluir que a invisibilidade da Enfermagem se dá pela restrita quantidade de profissionais que utilizam as mídias sociais para a divulgação do trabalho desenvolvido, bem como a imagem

errônea repassada pelos meios de comunicação.

No que se refere à valorização da Enfermagem, verificou-se que, apesar da evolução conquistada, esta categoria ainda é vista como submissa ao ato médico, além da discrepante diferença salarial equiparada à carga do trabalho desenvolvido, o que contribui significativamente para a desvalorização da profissão.

Um meio disponível para facilitar a visibilidade e promover a valorização são as redes sociais, ferramentas cruciais para a repercussão de novas informações, entretanto, os profissionais e acadêmicos de Enfermagem devem empoderar-se sobre como usar estas tecnologias a favor do reconhecimento da Enfermagem.

De tal forma, convocam-se pesquisadores, sociedade civil e entidades de classe, bem como enfermeiros e enfermeiras assistenciais, a estarem mais atentos às representações midiáticas da classe de Enfermagem e assim cobrar, dos meios de comunicação, que essa visibilidade seja justa às ações desenvolvidas pela Enfermagem.

Contribuição dos autores

Autores 1 e 5: concepção e/ou desenho; análise; interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica e a revisão final. Autores 2, 3 e 4: revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Pereira CA. A mídia na Ciência da Informação. *TransInformação*. [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jul. 04];30(2):141-152. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2318-08892018000200001>
2. Fonseca LF, da Silva MJP. Desafiando a imagem milenar da enfermagem perante adolescentes pela internet: impacto sobre suas representações sociais. *Cienc Cuid Saúde*. [Internet]. 2012[Cited 2019 Jul. 04]; 11(suplem.):054-062. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v11i5.17052> .
3. Tanaka EZ, Sartori DVB, Ferreira LR, Bermejo LJ. A educação a distância nos cursos de graduação em enfermagem: aplicação e efetividade. *Revista online de Política e Gestão Educacional*. [Internet].2017 [Cited 2019 Jul. 04]; 21 (esp. 1): 831-841.Available from: <https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/10455> .
4. Silva RG, Sant'Anna AS. Trajetórias de carreira na enfermagem: uma análise com profissionais em distintos grupamentos etário-geracionais. *Rev gest sist Saúde*. [Internet]. 2017 [Cited 2019 Jul. 04];6(2): 100-113.Available from: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/319> .
5. Calvo-Calvo MA. Sexist stereotypes and biases associated with the female nursing model in advertising communication. *Texto & contexto Enferm*. [Internet]. 2014 [Cited 2019 Jul. 04]; 23(3): 530-537. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014004120012>
6. Calvo-Calvo MA. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enfer*. [Internet]. 2011 [Cited 2019 Jul. 04]; 20(3): 184-188. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200010>
7. Conselho Federal de Enfermagem. *Enfermagem em Números*. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros> . Acesso em: 25 de março de 2019.

8. 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 2019 Jul. 04];66(esp):102-110. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700014> .
9. Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
10. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011. 229 p.
11. Moura LKB, Marcaccini AM, Matos FTC, Sousa AFL.; Nascimento GC, Moura MEB. Revisão Integrativa sobre o câncer bucal. *J.res.: fundam. Care.* [Internet]. 2014 [Cited 2019 Jul. 04]; 6(supl):164-175. Available from: <https://www.redalyc.org/html/5057/505750772020/>
12. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP, Goto DYN. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEO no apoio à pesquisa qualitativa. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Jul. 04];20(3): e20160069. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160069> .
13. Gill J, Baker C. The Power of Mass Media and Feminism in the Evolution of Nursing's Image: A Critical Review of the Literature and Implications for Nursing Practice. *J Med Humanit.*[Internet]. 2019 [Cited 2019 Oct 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31713004> .
14. Wachholz A, Dalmolin GL, Silva AM, Andolhe R, Barlem ELD, Cogo SB. Sofrimento moral e satisfação profissional: qual a sua relação no trabalho do enfermeiro?. *Rev. esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2019 [Cited 2019 Oct 27];53: e3510. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018024303510>
15. Pérez Junior EF, David HMSL. Trabalho de enfermagem e precarização: uma revisão integrativa. *Enferm Foco.* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jul. 04]; 9 (4): 71-76. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1325> .
16. Araujo CAS. The nursing professional and creation of values in health [editorial]. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 27]; 29(4):3-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600050>
17. Fernandes MC, Silva LMS, Silva MRF, Torres RAM, Dias MSA, Moreira TMM. Identidade do enfermeiro na atenção básica: percepção do "faz tudo". *Rev. Bras. Enferm.*[Internet]. 2018 [Cited 2019 Sep. 25]; 71(1): 154-159, Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0382> .
18. Mason D, Nixon L, Glickstein B, Han S, Westphaln K, Carter L. (2018). The Woodhull Study Revisited: Nurses' Representation in Health News Media 20 Years Later. *Journal of Nursing Scholarship.* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Oct 27] 50(6). Available from: <https://doi.org/10.1111/jnu.12429> .
19. Cardoso RJM, Graveto JMGN, Queiroz AMCA. Visibilidade da enfermagem nas mídias impressas e online. *Rev Latino-Am Enferm.* [Internet]. 2014 [Cited 2019 Jul. 04]; 22(1):1-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00144.pdf .
20. Tuckett A, Turner C. Do you use social media? A study into new nursing and midwifery graduates' uptake of social media. *Int J Nurs Pract.* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Oct 27] 22(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26531296> .
21. Mersin S, İbrahimoglu Ö, Saray Kiliç H, Bayrak Kahraman B. Social media usage alexithymia in nursing student. *Perspect Psychiatr Care.*[Internet]. 2019 [Cited 2019 Oct 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31680272> .
22. Kakushi LE, Évora YDM. As redes sociais na educação em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem.*[Internet]. 2016 [Cited 2019 Jul. 04]; 24:e2709. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02709.pdf .
23. Cassiani SHB, Lira Neto JCG. Perspectivas da Enfermagem e a Campanha Nursing Now. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jul. 04]; 71(5): 2351-2352. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2018710501>

ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS UTILIZADAS PELA ENFERMAGEM FRENTE À MORTE EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Luísa Schirmann Vasconcelos¹

<http://orcid.org/0000-0001-9901-4282>

Silviamar Camponogara¹

<http://orcid.org/0000-0001-9342-3683>

Eliane Tasch Neves¹

<http://orcid.org/0000-0002-1559-9533>

Mônica Strapazon Bonfada¹

<http://orcid.org/0000-0002-2966-3639>

Gisele Loise Dias¹

<http://orcid.org/0000-0002-9021-7435>

Aline Bin¹

<http://orcid.org/0000-0002-7684-0124>

Objetivo: conhecer as estratégias defensivas utilizadas por trabalhadores de enfermagem para minimizar o sofrimento advindo da vivência da morte de crianças hospitalizadas em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Método:** estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital universitário. A coleta de dados ocorreu entre agosto e setembro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada com 15 trabalhadores de enfermagem. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo. **Resultados:** os dados apontaram como principais estratégias: negação, afastamento no momento do óbito, tentativa de separação entre as atividades laborais e vida pessoal. A família do trabalhador e os colegas de trabalho constituem-se em suporte para o enfrentamento dessas situações, ainda, a sensação de dever cumprido e busca de apoio em crenças religiosas. **Conclusão:** os trabalhadores utilizam estratégias defensivas que vão da negação do sofrimento, perpassando por diferentes formas de agir perante as situações de sofrimento.

Descritores: Criança hospitalizada; Enfermagem; Unidade de terapia intensiva; Saúde do trabalhador; Família.

DEFENSIVE STRATEGIES USED BY NURSING IN FRONT OF DEATH IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Objective: to know the defensive strategies used by nursing workers to minimize the suffering resulting from the experience of the death of children hospitalized in a pediatric intensive care unit. **Methods:** descriptive-exploratory study of a qualitative approach. In Pediatric Intensive Care Unit of a university hospital. Data collection occurred between August and September 2016, through a semi-structured interview with 15 nursing workers. The data were submitted to content thematic analysis. **Results:** the data indicated as main strategies: denial, withdrawal at the time of death, attempt to separate work activities and personal life. The worker's family and co-workers constitute support for coping with these situations, as well as a feeling of accomplishment and seeking support in religious beliefs. **Conclusion:** workers use defensive strategies ranging from denial of suffering through different ways of acting in situations of suffering.

Descriptors: Children hospitalized; Nursing; Intensive care unit; Worker's health; Family.

ESTRATEGIAS DEFENSIVAS UTILIZADAS POR ENFERMERÍA FRENTE A LA MUERTE EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Objetivo: conocer las estrategias defensivas utilizadas por trabajadores de enfermería para minimizar el sufrimiento proveniente de la vivencia de la muerte de niños hospitalizados en unidad de terapia intensiva pediátrica. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio de abordaje cualitativo. En Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica de un hospital universitario. La recolección de datos ocurrió entre agosto y septiembre de 2016, por medio de una entrevista semiestruturada con 15 trabajadores de enfermería. Los datos se sometieron al análisis temático de contenido. **Resultados:** los datos apuntaron como principales estrategias: negación, alejamiento en el momento del óbito, intento de separación entre las actividades laborales y vida personal. La familia del trabajador y los compañeros de trabajo se constituyen en soporte para el enfrentamiento de esas situaciones, aún, la sensación de deber cumplido y búsqueda de apoyo en creencias religiosas. **Conclusión:** los trabajadores utilizan estrategias defensivas que van desde la negación del sufrimiento, pasando por diferentes formas de actuar ante las situaciones de sufrimiento.

Descritores: Niño hospitalizado; enfermeira; Unidad de terapia intensiva; Salud del trabajador; Família.

¹Universidade Federal de Santa Maria-UFSM/RS.

INTRODUÇÃO

A forma como as pessoas encaram a morte vem sofrendo transformações, ao longo do tempo. A morte é um enigma da alma e da vida, e para as pessoas entenderem o processo e as representações dos indivíduos sobre a morte significaria, talvez, entender o conceito da vida. Na atualidade, é vista como tabu, tendo sido transferida, com o passar dos séculos, do ambiente doméstico para o hospitalar. Sob este contexto, a morte deixou de ser vista como um acontecimento natural, passando a ser encarada como algo frio e indesejado⁽¹⁾.

Quando a vivência da morte ocorre com uma criança, tais sentimentos tendem a se intensificar, pois, ainda que seja um fato inevitável, ela é considerada um evento natural em uma idade mais avançada. Essa reação se pauta, em grande parte, por tratar-se de um ser que ainda não viveu o suficiente, contrariando, assim, a lógica do que seria o ciclo natural e completo da vida humana⁽¹⁾.

No ambiente hospitalar, a morte se encontra presente de maneira mais constante. Diante dessa realidade, os trabalhadores da área da saúde passam a vivenciar a morte em seu cotidiano de trabalho, escondendo suas fraquezas, repercussões de sentimentos, tornando-se mais vulneráveis aos sentimentos de dor⁽²⁾.

A morte em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, faz parte do cotidiano de trabalho e, em muitos momentos, é um evento esperado pelos profissionais enfermeiros. Porém, apesar da experiência profissional e do tempo de trabalho na unidade, os enfermeiros podem ter dificuldade em atuar frente a estas situações. Além disso, essas experiências no podem interferir na vida social e emocional do trabalhador, pois trazem consigo diversos sentimentos de sobrecarga e sofrimento⁽³⁾.

O fato de a morte estar presente no cotidiano dos profissionais da saúde, não faz com que esta seja um processo simples, banalizado ou menosprezado. Toda perda trás consigo sentimentos de frustração, tristeza e luto. A morte de uma criança reveste-se - inevitavelmente - de conotação trágica, perante a qual a sobrevivência constitui o objetivo primeiro da equipe de assistência, tendo em vista a alta capacidade de recuperação dos pacientes pediátricos⁽⁴⁾.

Destaca-se que, a atuação da enfermagem nos cuidados aos recém-nascidos, lactentes, crianças e adolescentes é definida como "o diagnóstico e tratamento de respostas humanas a problemas de saúde manifestos ou em potencial"^(5,8). Contudo, o trabalho em pediatria também envolve questões organizacionais e responsabilidades administrativas, além de uma dimensão humanística, vinculada a aspectos afetivos e emocionais, que ora pode trazer prazer, ora sofrimento⁽⁶⁾.

A morte completa o ciclo da vida, contudo os profissionais

encontram-se emocionalmente despreparados para enfrentar e lidar com os sentimentos que ela desperta, assim como enfrentam dificuldade na assistência ao paciente que evolui para a morte⁽⁴⁾. Nesse contexto, são comuns sentimentos de frustração, tristeza, perda, impotência, estresse e culpa, entre profissionais de saúde que vivenciam o processo de morrer em seu ambiente de trabalho⁽⁷⁾.

Estratégias defensivas são definidas, de acordo com a Psicodinâmica do trabalho, como uma série de processos psíquicos que podem contribuir na luta contra a ameaça de descompensação⁽⁶⁾. São elaboradas diante do sofrimento no trabalho, da angústia e da insatisfação, de maneira que o sofrimento não se torna imediatamente identificável, fica disfarçado e pode assumir formas específicas conforme a profissão. As estratégias de defesa estabilizam o trabalhador a ponto de o sofrimento tornar-se suportável e o trabalho possível. À medida que essa estabilidade é rompida, o sofrimento não é mais contornável e a patologia surge⁽⁶⁾.

Diante de tais questionamentos tem-se o objetivo de conhecer as estratégias defensivas utilizadas por trabalhadores de enfermagem para minimizar o sofrimento advindo da morte de crianças hospitalizadas.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

Participaram deste estudo 15 trabalhadores da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Adotou-se como critérios de inclusão: profissionais da equipe de enfermagem atuantes na unidade há um ano no setor. Foram excluídos aqueles profissionais em afastamento da unidade por qualquer motivo, no período de coleta de dados.

Local do estudo

Realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Universitário no interior do estado do Rio Grande do Sul.

Coleta dos dados com explicitação dos instrumentos e procedimentos

A seleção dos profissionais foi feita através de sorteio, obedecendo-se proporcionalidade entre as diferentes categorias profissionais e turnos de trabalho. Após o sorteio, os trabalhadores foram convidados a participar da pesquisa. Após o aceite, a entrevista foi agendada na data e horário com o entrevistado. Foram entrevistados 15 trabalhadores, sendo

nove enfermeiros (60%), cinco técnicos de enfermagem (33,3%) e um auxiliar de enfermagem (6,7%).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro do ano de 2016, por meio de formulário sócio-demográfico e entrevista semiestruturada⁽⁹⁾. Todas as entrevistas foram realizadas pela autora principal e duraram em média 18 minutos. O encerramento amostral se deu pelo critério de saturação teórica de dados⁽¹⁰⁾.

Procedimentos de análise dos dados

As entrevistas foram audiogravadas, transcritas na íntegra e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo temática,⁽⁹⁾ utilizando como referencial a Psicodinâmica do trabalho⁽⁸⁾.

Procedimentos éticos

Os preceitos éticos foram seguidos e esta pesquisa cumpriu todas as determinações previstas na Resolução 466/12⁽¹¹⁾. Assim, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida, sob o número de parecer 1.635.216 e o n. CAAE 57536916.2.0000.5346. Os participantes foram identificados com o código E para enfermeiro, T para técnico de enfermagem e A para auxiliar de enfermagem, seguidos por um número cardinal correspondente à ordem de realização das entrevistas.

RESULTADOS

No que se refere aos dados de caracterização dos trabalhadores, identificou-se 15 (100%) eram do sexo feminino, possuíam idade entre 21 e 58 anos, com tempo de atuação na enfermagem variando de um ano e oito meses a 35 anos. O tempo de atuação na unidade variou de um ano e três meses a 22 anos.

A partir da análise dos dados constituiu-se a seguinte categoria temática: estratégias defensivas dos trabalhadores de enfermagem frente à morte da criança. Nesta categoria, os trabalhadores de enfermagem discorrem sobre os seus sentimentos e comportamentos perante as situações geradoras de sofrimento.

Os participantes revelam não fazer uso de estratégias defensivas propriamente ditas. No entanto, esta negação também pode ser considerada uma estratégia defensiva, conforme enunciados:

Não, não assim, eu acho que não tem uma coisa especial assim, ah vou lá e fico chorando num canto, ou vou lá e faço uma oração. Eu não faço nada. (E8)

Não tenho nenhuma pensada assim. Eu acho que a gente vai criando meio que mecânico assim, mas nada assim pensado. (T3)

Os participantes discorreram sobre como lidavam com o sofrimento que o processo de morte causa, citando alguns comportamentos, que podem ser tidos como estratégias defensivas, dentre elas, o afastamento no momento do óbito:

Na hora que os pais estão com a criança, como eu acho que é a parte que eu sofro mais, eu tento evitar de ficar junto. Isso é uma coisa que eu tento fazer, é a parte que mais me prejudica, que mais me toca. (T3)

Muitas vezes, quando eu vejo que o paciente está indo a óbito, a minha estratégia é meio pegar e fazer outro procedimento, eu vejo que não tem mais o que fazer, está findando, procuro me distanciar, levemente. (E1).

Outro aspecto mencionado pelos participantes está relacionado à separação entre o trabalho e as demais atividades da vida do trabalhador, como forma de minimizar o sofrimento, conforme depoimentos:

Eu procuro não me envolver muito. Por exemplo, se eu saio daqui eu procuro não levar muito o pensamento daqui, eu saí da UTI, dificilmente eu ligo para cá para saber de um paciente. Eu procuro desligar, eu estou trabalhando no meu serviço, mas no momento que eu saio daqui, eu saí da UTI. Eu acho que isso é uma forma de me proteger, de eu proteger o meu psiquê mesmo. (E6)

Eu utilizo a estratégia da porta do hospital, eu acho que meio que automático desde sempre. (T4)

Para os trabalhadores, há momentos em que consideram o sofrimento da criança tão grande, que a morte é encarada como um alívio para a família e, principalmente, para a equipe que a assiste:

Às vezes, eu vejo que a morte seria o melhor que pode acontecer para aquela criança, do que ficar sofrendo e talvez alimentando uma coisa que não ia acontecer, alimentando os pais na expectativa. (E5)

Eu sofro mais vendo o familiar sofrer, porque a criança tem momentos que tu diz: ah melhor, melhor que vá mesmo. (E7)

Percebe-se, então, que diversos sentimentos permeiam as vivências do profissional no momento de presenciar um óbito. Neste sentido, destaca-se o suporte da família do trabalhador como uma estratégia defensiva. A utilização desta estratégia proporciona, aos profissionais, um momento de reflexão

frente à realidade do seu trabalho:

Eu acho que a questão da família, tu tem que ter o suporte da família. Tu sai daqui, tu tem alguém para conversar, mesmo que seja banalidades. A gente sai daqui e daí conversa com a família e daí eu vejo meus filhos que estão bem, eu acho que é isso. (E7)

Os participantes destacam que, quanto maior o tempo em que estão no local de trabalho, maior a naturalidade com que conseguem encarar a morte:

Eu acho que com o tempo a gente vai aprendendo a lidar com isso [processo de morte]. Mas a gente aprende, eu pelo menos aprendi a lidar bastante, quando eu cheguei aqui era bem maior o sofrimento, mas com o tempo eu consigo lidar com isso, assim, sabe? (E8)

A racionalização do sofrimento também foi denotada na fala dos entrevistados:

Vai da gente saber que a gente fez o nosso papel, a sensação, o sentimento de não entrar na culpa. Eu sei que a nossa equipe fez o que tinha para fazer, explorou todos os recursos, cuidou como tinha que cuidar e essa criança não respondeu, ou não está bem. Então, isso já alivia e não souro tanto. (E9)

Entende-se, também, que este é um momento em que se faz necessária a presença de toda a equipe, de forma unida e tranquila frente à situação de morte da criança.

Eu acho que todas [fazendo referência as colegas de trabalho] procuram se manter tranquilas, porque no momento em que uma desaba é arriscado[...], a gente procura se manter tranquila, se eu não aguento, sai para um lado limpa as lágrimas. (A1)

A gente fica chateada, fica chocada, daí a gente conversa, lida com o familiar, apoia o familiar. Então, eu acho que a gente vai conseguindo com o tempo, essa superação e essa forma de enfrentamento é com o tempo. Eu vejo que as gurias [referindo-se as colegas e trabalho] lidam de forma bem tranquila. (E8)

Ainda, uma forma de amparo frente ao sofrimento do trabalhador, refere-se ao suporte encontrado na religiosidade, conforme demonstrado nos relatos a seguir.

Eu tenho um lado espírita, que eu acho que a gente só sai daqui, mas continua assim, tem uma luz. (E7)

Eu sigo a religião espiritualista. Então, eu acho que é um pouquinho mais fácil, não é que seja fácil, tu tem uma visão um pouco diferente. (E3)

A provisão do cuidado espiritual pelo enfermeiro caracteriza-se como um desafio. Dentre os papéis que lhes são atribuídos, ressaltam-se o estar presente, as habilidades de saber ouvir às demandas dos familiares e respeitar suas crenças e valores. Desta forma, entende-se que, para os profissionais, a crença religiosa, a fé e a oração auxiliam de maneira importante no enfrentamento da morte de crianças.

DISCUSSÃO

A análise e interpretação dos resultados apontou que há um envolvimento emocional dos trabalhadores com as crianças hospitalizadas em unidade de terapia intensiva pediátrica, que vivenciam o processo de morte. Esse contexto leva os trabalhadores a desenvolverem estratégias, para enfrentar essas situações que surgem no seu cotidiano.

Desta maneira, em um primeiro momento, houve a negação do uso de estratégias defensivas no momento do óbito. Entretanto, ao refletirem sobre o tema estes profissionais expressam opiniões diferenciadas sobre a utilização de estratégias. Além disto, percebeu-se a negação do sofrimento, fato este que por si só pode ser considerado uma estratégia defensiva. Neste sentido, quando os trabalhadores negam o sofrimento vivenciado, reduzem-se as possibilidades de ações que contribuem na estabilização do sofrimento⁽⁶⁾. As estratégias defensivas podem ser desenvolvidas tanto no âmbito individual, como no coletivo, visando minimizar o sofrimento do trabalhador. Assim, destaca-se que o trabalhador pode utilizá-las de maneira inconsciente, com vistas a disfarçar o sofrimento⁽¹²⁾. A literatura aponta que, frequentemente, os enfermeiros enfrentam situações que levam ao sofrimento, como por exemplo, a terminalidade em crianças. Frente a estas situações, estes profissionais necessitam atuar em prol do paciente que se encontra em fase de término de vida e ainda o acompanhamento da família da criança⁽¹³⁾. Destaca-se que o uso de estratégias defensivas proporciona, aos trabalhadores, uma capacidade de resistência aos efeitos desestabilizadores do sofrimento⁽⁶⁾.

Neste sentido, uma das estratégias defensivas reconhecidas pelos participantes foi o afastamento do profissional perante as situações de óbito ocorridas no cotidiano de trabalho. Este afastamento surge como uma estratégia defensiva, pois, a partir dele o profissional pode resignificar o processo de morte e, assim, atenuar o sofrimento^(6,14).

Na busca de maneiras para atenuar o sofrimento, os

participantes tentam afastar-se de potenciais situações geradoras de sofrimento. Trata-se do uso individual de estratégias defensivas, dentre as quais existe esta tentativa de separação entre o lado profissional e o pessoal, o que, de acordo com estudo se refere a uma tentativa de desvinculação do pessoal para o profissional⁽¹⁵⁾. Para a Psicodinâmica do Trabalho, a separação clássica entre o dentro do trabalho e o fora do trabalho, é radicalmente desconsiderada, pois o funcionamento psíquico não é divisível⁽⁶⁾.

A morte, muitas vezes, se apresenta como a única forma do paciente deixar de sofrer. Percebeu-se, assim, que os participantes reconhecem a morte como a solução da dor, da angústia e do sofrimento vivenciado pelos pacientes e familiares. Assim, frente ao processo de morte dos pacientes, tem-se a interrupção de um ciclo de sofrimento e os profissionais encontram, nesta interrupção, uma estratégia para minimizar os efeitos desestabilizadores presentes nestas situações⁽¹⁶⁾.

Frente a esta situação, a literatura tem evidenciado que, nas UTI, quanto maior o tempo de atuação profissional, maior a facilidade para este profissional atuar perante o processo de morte/morrer. Contudo, destaca-se ainda que, independente da experiência e do tempo de atuação profissional, por tratar-se de crianças e adolescentes este processo tende a ser gerador de sofrimento psíquico⁽¹⁷⁾. Diante da complexidade dos aspectos que envolvem a promoção da dignidade humana no momento da morte e, para que haja propostas consistentes de cuidados de fim de vida para a criança e sua família,

Estes sentimentos de dor, angústia, medo e sofrimento, fazem com que os trabalhadores utilizem da estratégia de racionalização. Dessa forma, os trabalhadores de enfermagem, buscam se convencer de que não há motivos para sofrerem, pois realizaram seu trabalho da melhor maneira possível e fizeram tudo para assistir o seu paciente por completo⁽¹⁸⁾.

A estratégia de racionalização também foi reconhecida como uma forma de defesa utilizada pelos trabalhadores, pois é por meio desta que os mesmos buscam o controle e ação frente ao sofrimento e estresse vivenciado. Neste sentido, a racionalização torna-se um caminho pelo qual os profissionais buscam explicações coerentes para uma atitude ou um sentimento vivido. A racionalização surge no intuito do profissional dar um sentido positivo às experiências, nas quais se busca inverter a impressão negativa daquilo que lhe causa angústia e sofrimento⁽¹⁹⁾.

Os profissionais ainda buscam na própria família o suporte para os momentos de sofrimento, gerados no cotidiano de trabalho. Portanto, pode-se inferir que esta estratégia ocupa um lugar diferenciado frente às demais estratégias de defesa, pois, ao prestar assistência as crianças e suas famílias, o trabalhador remete-se às suas próprias experiências⁽⁶⁾.

Neste sentido, destaca-se que o trabalhador carrega consigo suas contrariedades mentais e necessita da cooperação de seu círculo de relações íntimas para manter suas defesas em estado de funcionamento, no momento de regresso ao trabalho⁽⁶⁾.

Também, os trabalhadores encontram de maneira coletiva o suporte necessário para o alívio do sofrimento, por meio da conversa e do amparo entre os colegas de equipe. Neste sentido, com o auxílio dos colegas de trabalho existe a possibilidade de que os trabalhadores compartilhem as vivências e elaborem novos processos cognitivos frente às situações geradoras de sofrimento advindas do cotidiano laboral⁽⁹⁾. Nesta lógica, o grupo constrói coletivamente soluções para enfrentar as situações desencadeadoras de sofrimento⁽¹⁵⁾.

A religiosidade, neste estudo, foi reconhecida como uma estratégia defensiva, pois os trabalhadores amparam-se nela em busca de conforto espiritual para a minimização do sofrimento. Assim, os profissionais parecem manejar a dor e o aceite da perda, sendo a religiosidade/espiritualidade comum a estes profissionais⁽²⁰⁾.

Percebe-se, neste estudo, que os profissionais apresentam diferentes estratégias para conduzir seu trabalho e enfrentar seus sentimentos de dor e sofrimento frente à morte da criança hospitalizada. Trata-se da expressão da subjetividade de cada profissional, podendo-se dizer que esta é influenciada, também, pelo grau de vínculo que os profissionais possuem com a família e com os pacientes. Assim, o alívio promovido pelas estratégias defensivas conforta os trabalhadores nos momentos de sofrimento⁽¹⁶⁾.

Limitações do Estudo

As limitações deste estudo estão relacionadas à técnica de coleta de dados individual e a investigação em um único cenário. Neste sentido, novos estudos poderão ser realizados a fim de contribuir com a temática nas unidades de terapia intensiva pediátrica e adulta.

Contribuições para a prática

A realização deste estudo, por meio de entrevistas, oportunizou aos trabalhadores expressarem seus sentimentos e compartilharem suas experiências e saberes. Acredita-se que conhecer suas formas de defesa propicie ao trabalhador conhecer melhor si mesmo e repensar suas práticas de cuidado.

CONCLUSÃO

As estratégias defensivas utilizadas por trabalhadores de enfermagem para minimizar o sofrimento advindo da morte

de crianças hospitalizadas perpassa pela negação do sofrimento. Entretanto, estas também estão presentes em diferentes formas de agir destes trabalhadores perante as situações de sofrimento.

Como estratégia defensiva os trabalhadores buscam realizar a separação entre as vivências no trabalho e a vida pessoal. Ainda, busca na sua família, o apoio necessário para os momentos de sofrimento. Dentre as estratégias coletivas, foi citado o apoio dos colegas. As crenças religiosas também foram citadas como forma de amenizar o

sofrimento, na medida em que auxiliam na compreensão do processo vivenciado e a confortar, inclusive os familiares, no enfrentamento do sofrimento diante da situação de morte.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final Luísa Schirmann Vasconcelos, Silviomar Camponogara, Eliane Tasch Neves, Mônica Strapazzon Bonfada, Gisele Loise Dias, Aline Bin.

REFERÊNCIAS

1. Rocha DD da, Nascimento EC do, Raimundo LP, Damasceno AMB, Bondim HFFB. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de Enfermagem diante de morte em unidade de terapia intensiva neonatal. *Mental Barbacena*, [Internet]. 2017 [cited 2019 Ago 01];11(21):546-560. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200015&lng=pt&nrm=iso>.
2. Cherer EQ, Quintana AM, Pinheiro UMS. A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. *Estud psicol. (Campinas)*, [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 22];32(4):685-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000400685&lng=en&nrm=iso
3. Miorin JD, Camponogara S, Pinno C, Freitas EO, Cunha QB, Dias GL. Estratégias de defesa utilizadas por trabalhadores de enfermagem atuantes em pronto-socorro. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Abr 01];7(2):57-61. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/796>
4. Menin GE, Pettenon MK. Terminally child life: perceptions and feelings of nurses. *Rev bioét* [Internet]. 2015 [cited 2018 Fev 27];23(3):608-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0608.pdf>
5. Hockenberry MJ, Barrera P. Perspectivas de enfermagem pediátrica. In: Hockenberry MJ, Wilson DW. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Edições 9. Rio de Janeiro (RJ): Editora Elsevier; 2014.
6. Lamb FA, Beck CLC, Coelho APF, Bublitz S, Aozane F, Freitas PH. Estratégias defensivas de trabalhadoras de enfermagem em pronto-socorro pediátrico. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 20];18(4):453-60. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/20223>
7. Azevedo FA, Araújo NDJ, Novais NC, Silva JV, Passos RA. Meaning of Death: the collective subject speech of the nursing staff. *Rev Ciênc Saúde*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 26];6(1):52-58. Available from: http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/458
8. Dejours C, Abdouchelli E, Jayet C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo (SP): Atlas; 2011.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Edições 14. São Paulo (SP): Hucitec; 2014.

10. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 02];27(2):389-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional De Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde [Internet]. 2013 [cited 2018 Abr 02] Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Dejours C. *A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. São Paulo (SP): Cortez-Oboré; 1991.
13. Vasconcelos LS, Camponogara S, Dias GL, Bonfada MS, Beck CLC, Rodrigues IL. Prazer e sofrimento no trabalho de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 01];23:e-1165. Available from: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1307/1165.pdf>
14. Praxedes AM, Araújo JL de, Nascimento EGC do. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Psic., Saúde & Doenças* [Internet]. 2018 [cited 2019 Ago 01];19(2):369-376. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v19n2/v19n2a16.pdf>
15. Viero V, Beck CLC, Coelho APF, Pai DD, Freitas PH, Fernandes MDS. Pediatric oncology nursing workers: the use of defensive strategies at work. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20];21(4):e20170058. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000400217&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Almeida FA, Moraes MS, Cunha MLR. Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2018 Abr 23];50(Spe):122-29. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0122.pdf
17. Cholbi NCSP, Oliveira IC dos S, Carmo SA do, Moraes R de CM de, Martinez E de A, Nascimento L de CN. As ações de enfermagem frente ao direito à morte digna da criança hospitalizada. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 01];23(3):e20180356. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000300205&lng=en&nrm=iso
18. Souza FF, Reis FP. O enfermeiro em face ao processo de morte do paciente pediátrico. *J. Health Biol Sci* [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 01];(3):277-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200009
19. Glanzner CH, Olschowsky A, Duarte, M de LC. Equipes de saúde da família e suas estratégias para proteção do sofrimento no trabalho. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 03];23(1):2176-9133. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49847>
20. Silva IN, Salim NR, Szyllit R, Sampaio PSS, Ichikawa CRF, Santos MR. Knowing nursing team care practices in relation to newborns in end-of-life situations. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 03];21(4):e20160369. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400231&lng=pt

DECISÕES DA JUSTIÇA DO TRABALHO SOBRE AS DEMANDAS NO CAMPO DA ENFERMAGEM

Urbanir Santana Rodrigues¹ <https://orcid.org/0000-0003-0614-9183>

Eder Pereira Rodrigues¹ <https://orcid.org/0000-0002-5972-2871>

Paulo Eduardo Santos Santana¹ <https://orcid.org/0000-0001-8848-4326>

Sinara Vera¹ <https://orcid.org/0000-0001-5263-0301>

Jamille Sampaio Berhends¹ <https://orcid.org/0000-0002-5315-7349>

Tatiane Araújo dos Santos² <https://orcid.org/0000-0003-0747-0649>

Ariane Cedraz Moraes³ <https://orcid.org/0000-0001-9445-4596>

Objetivo: analisar as decisões do judiciário trabalhista relacionado às demandas apresentadas pelas trabalhadoras da enfermagem. **Método:** pesquisa qualitativa que utilizou o método documental. Para análise dos dados foi utilizada metodologia da análise das decisões. **Resultados:** foram analisadas 22 sentenças e encontradas as seguintes tipologias de precarização: Vulnerabilidades das formas de inserção e no trabalho; Intensificação do trabalho; Insegurança e saúde no trabalho; e Condenação e descarte do direito do trabalho. **Conclusão:** A análise das sentenças revela que a precarização do trabalho está difundida no campo da enfermagem. Contudo, mediante o cenário de trabalho precarizado, considera-se ainda baixo o quantitativo de trabalhadoras que recorrem à Justiça do Trabalho, o que indica falta de conhecimento sobre direitos trabalhistas ou medo em recorrer a estes.

Descritores: Enfermagem; Legislação Trabalhista; Recursos Humanos de Enfermagem; Profissionais de Enfermagem.

LABOR COURT DECISIONS ON THE NURSING CATEGORY

Objective: To analyze the decisions of the labor judiciary related to the demands presented by nursing workers. **Method:** qualitative research that used the documentary method. For data analysis, the decision analysis methodology was used. **Results:** 22 sentences were analyzed. The types of precariousness found were Vulnerabilities of Forms of Insertion and Work, Intensification of Work, Insecurity and Health at Work, and Condemnation and Dismissal of Labor Law. **Conclusion:** The analysis of sentences reveals that the precariousness of work is widespread in the nursing field. However, due to the precarious work scenario, the number of female workers who resort to the Labor Court is still low, which indicates lack of knowledge about labor rights or fear of resorting to them.

Descriptors: Nursing; Legislation, Labor; Nursing Staff; Nurse Practitioners.

DECISIONES JUDICIALES LABORALES EN LA CATEGORÍA DE ENFERMERÍA

Objetivo: analizar las decisiones del poder judicial laboral relacionadas con las demandas presentadas por los trabajadores de enfermería. **Método:** investigación cualitativa que utilizó el método documental. Para el análisis de datos, se utilizó la metodología de análisis de decisión. **Resultados:** se analizaron 22 oraciones. Los tipos de precariedad encontrados fueron Vulnerabilidades de las formas de inserción y trabajo, intensificación del trabajo, inseguridad y salud en el trabajo, y condena y despido de la legislación laboral. **Resultados:** Las oraciones revelan que los trabajadores se ven afectados por el trabajo precario a través de vínculos precarios, violencia en el trabajo, flexibilidad, extensión e intensidad del viaje, acumulación de funciones, exposición en entornos poco saludables. **Conclusión:** el análisis de oraciones revela que la precariedad del trabajo está muy extendida en el campo de la enfermería. Sin embargo, debido al precario escenario laboral, el número de trabajadoras que recurren al Tribunal de Trabajo sigue siendo bajo, lo que indica falta de conocimiento sobre los derechos laborales o temor a recurrir a ellos.

Descriptor: Enfermería; Legislación laboral; Recursos humanos de enfermería; Profesionales de enfermería.

¹Universidade Estadual do Ceará (UECE), CE

²Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE

³Universidade Estadual de Feira de Santana, BA.

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

Recebido 07/10/2019 Aceito 30/03/2020

INTRODUÇÃO

O trabalho, sob a perspectiva ontológica, é um ato fundante da vida humana. Contudo, com a ascensão do trabalho assalariado na sociedade capitalista, e com a transformação da força de trabalho em mercadoria, este passa a ser alienado e fetichizado⁽¹⁾. No campo da Enfermagem, no contexto da reestruturação produtiva do trabalho flexibilizado e precarizado, a profissional assalariada apenas detém a força de trabalho, sendo destituída dos meios de produção, do controle sobre o processo de trabalho e do capital⁽²⁾.

Pontua-se que o Estado é uma instituição que se metamorfoseia de acordo com o momento político-econômico e social vigente "economia livre, estado forte"^(3,190), assim, no contexto de financeirização da economia, este assume a gestão dos interesses empresariais que converge para a espoliação da força do trabalho através da flexibilização de jornadas, diminuição de rendimentos, aumento do ritmo e intensidade e o descarte dos direitos trabalhistas, e tais situações provocam a fragilização da trabalhadora e a sua vulnerabilidade social⁽⁴⁾.

A justiça trabalhista, enquanto Estado-juiz, ocupa a função intermediadora da relação litigiosa que se impõe entre empregada/trabalho e o capital /empregador(es) e, surge como última instância no enfrentamento para a reparação dos danos morais e patrimoniais decorrentes dos vínculos laborais. Assim, esta instância, embora afetada pelo recuo do papel do Estado na proteção aos direitos trabalhistas, ainda é a que os trabalhadores podem recorrer para a garantia mínima de direitos.

Diante disto, objetivou-se analisar as decisões do judiciário trabalhista relacionado às demandas apresentadas pelas trabalhadoras da enfermagem no Estado da Bahia no ano 2017.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Estudo de abordagem qualitativa, de natureza exploratória, do tipo documental⁽⁵⁾.

Participantes da pesquisa

Foram pesquisadas todas as sentenças trabalhistas que envolviam profissionais de enfermagem, tendo como critérios de inclusão: sentenças cuja demandante fosse trabalhadora do campo da Enfermagem (enfermeira, técnica ou auxiliar de enfermagem), pedido procedente e sentenças geradas pelos dissídios judiciais trabalhistas proferidas entre janeiro e novembro de 2017. Foram excluídas as sentenças julgadas improcedentes e extintivas ao processo e as que tramitavam em

segredo de justiça. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 22 sentenças.

Local do Estudo

O recorte institucional foi o Tribunal Regional do Trabalho 5ª Região (TRT5). A escolha foi proveniente da pertinência temática e adequação entre o problema e o campo teórico por ser um órgão recursal no âmbito decisório de discussão jurídica.

Coleta de Dados

A obtenção das sentenças se deu através do acesso ao site <http://www.trt5.jus.br/consulta-processo> no banco de dados das Bases Jurídicas e a sua Jurisprudência (Sentenças e decisões monocráticas) com os seguintes descritores: 2017, enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnica de enfermagem, enfermeiro e enfermeira.

Procedimentos de Análise de dados

Utilizou-se a metodologia de análise das decisões⁽⁶⁾ a partir de três etapas: na primeira, foi elaborada uma tabela que permitiu copilar, em reprodução fidedigna, os elementos do processo trabalhista e a extração da sentença.

No segundo momento foi realizada a leitura individualizada e seletiva de cada sentença, com a finalidade de verificar como os decisores constroem seus argumentos narrativos relacionados aos méritos dos pedidos; e no terceiro momento foi feita a aproximação dos discursos das sentenças às tipologias de precarização do trabalho⁽⁴⁾.

Buscou-se, durante a análise, identificar o sentido da prática decisória a partir da narrativa⁽⁶⁾. Em seguida, os sentidos extraídos foram confrontados com referenciais teóricos na área da sociologia do trabalho e da enfermagem.

Aspectos Éticos

O estudo respeitou as questões éticas conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, descritas na Resolução Nº510/16⁽⁷⁾. Os dados utilizados são de domínio público, portanto, não foi necessária a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. Apesar disto, o anonimato dos sujeitos foi garantido e citados de acordo com a categoria profissional como por exemplo: enfermeiro (SENF1); técnico de enfermagem (STE1); auxiliar de enfermagem (SAE1).

RESULTADOS

Tomou-se como referência os indicadores de precarização do trabalho⁽⁴⁾. No indicador relacionado a Vulnerabilidades das formas de inserção foram enquadrados pedidos de reconhecimento de vínculo, denúncia da lide, recolhimen-

to ao INSS. Vulnerabilidade no trabalho refere-se as sentenças com pedidos de dano moral, reversão da dispensa, responsabilidade do empregador. Na tipologia Intensificação do trabalho foram inseridos pedidos relacionados a jornada de trabalho que faziam referência ao acúmulo de funções e a extensão da jornada. Na Tipologia Insegurança e saúde no trabalho foram agregados pedidos relacionados a insalubridade, doença ocupacional, repouso semanal remunerado, intervalos inter e intrajornada e trabalho noturno. Na Tipologia Condenação e descarte do direito do trabalho foram agrupados pedidos referentes ao não cumprimento das leis trabalhistas, como anotação na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

Tipologia 1: Vulnerabilidades das formas de inserção

Das 22 sentenças analisadas, 14 tiveram pedidos de reconhecimento de vínculo, e destas 11 foram sentenciadas na modalidade contrato nulo. Isto significa que qualquer pessoa contratada pelo serviço público sem prévio concurso, somente terá direito aos salários pelos dias efetivamente laborados e aos valores referentes ao FGTS e terá o contrato declarado pelo juízo como nulo.

Tipologia 2: Vulnerabilidade no trabalho

Nesta tipologia congregou sete sentenças, deste total, quatro envolveram enfermeiras, e estão relacionadas situações de violência no trabalho como o assédio moral, gestão pelo medo, constrangimento expressos nos depoimentos pelo relato de situações degradantes, humilhantes, vexatórias que as trabalhadoras são expostas e que afeta a dignidade humana.

Uma característica da alienação da trabalhadora é manifestada pela falta de laços de solidariedade entre a categoria e a desfiliação social. A trabalhadora não se percebe como parte da lógica de um sistema de dominação do capital ou, se entende, não consegue se desvencilhar e acaba por assumir o papel opressor frente aos seus pares.

O poder protestativo do empregador é utilizado para punir as trabalhadoras com a dispensa por justa causa, pois, tal modalidade de dispensa não prevê o pagamento de verbas resilitórias. Nesta modalidade encontramos sete processos trabalhistas.

A dificuldade das trabalhadoras em não saber quem acionar perante o judiciário trabalhista, foi verificado nas sentenças com pedido de julgamento sobre a responsabilidade solidária e subsidiária dos empregadores. Este fato, expõe a institucionalização de um modelo jurídico de organização contratual onde o subordinado não sabe com quem deve negociar.

Tipologia 3: Intensificação do trabalho

Das 22 sentenças analisadas, todas tiveram pedidos relacionados e categorizados na tipologia intensificação do trabalho, porém nos litígios que foram sentenciados na modalidade de contrato nulo, o pedido não foi acolhido por falta de amparo legal porque nesta modalidade contratual a trabalhadora somente terá direito aos salários pelos dias efetivamente laborados, além dos valores referentes ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

O pedido de acúmulo de funções traz evidências claras da precarização pela intensidade da jornada e responsabilização da trabalhadora para executar atividades diversas e alheias a sua formação. Revela também o processo de submissão/alienação da trabalhadora aos comandos do empregador para manter o vínculo laboral.

Prestação de horas extras significam aumento da extensão e da jornada do trabalho, na esfera jurídica o não pagamento durante o curso do contrato laboral é traduzido em prejuízo financeiro para a trabalhadora, pois, as horas extras são integradas a remuneração com reflexos em repouso semanal, 13º salário, férias acrescidas 1/3 e de FGTS. Em outra análise, o excesso de horas extras traz prejuízos a saúde e segurança no trabalho podendo afetar a qualidade de vida da trabalhadora e com possíveis relações com o absenteísmo, doença ocupacional, estresse e ansiedade.

Tipologia 4: Insegurança e saúde no trabalho

Oito sentenças proferidas estão relacionadas a situações que envolveram atividades insalubres que expõe as trabalhadoras a agentes nocivos à saúde. Assim, precarização social do trabalho pode provocar o adoecimento das trabalhadoras pelo ambiente de trabalho insalubre que é traduzido nos pedidos relacionados ao pagamento por danos morais e materiais decorrentes do acidente de trabalho e/ou doença ocupacional.

No trabalho em saúde é posto a necessidade específica em manter um padrão de assistência diuturna, porém, a especificidade traz prejuízos a saúde física e mental das trabalhadoras, além de prejuízo financeiro por não receber o pagamento do adicional noturno e seus adicionais no curso do contrato de trabalho.

Tipologia 5: Condenação e descarte do direito do trabalho

Uma das formas de condenação e descarte do direito trabalhista emerge dos pedidos de anotação na Carteira de Trabalho e Previdência Social, significa que as trabalhadoras estão inseridas no mercado de trabalho na informalidade, portanto, sem proteção social. Nesta tipologia, foram 10 pedidos que envolveram anotação e/ou retificação na carteira de trabalho e previdência social.

Considerando as sentenças trabalhistas proferidas no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região que envolvem profissionais de enfermagem, apresenta-se no Quadro 1, o elenco das tipologias da precarização relacionado aos pedidos interpostos de recurso e a sua respectiva evidência processual.

Quadro 1 – Evidência processual Tipologias de Precarização do Trabalho (6).

Tipologia da precarização	Pedidos da interposição de recurso	Evidência processual
Vulnerabilidades das formas de inserção	Reconhecimento de vínculo	Contratada para exercer a função de enfermeira mediante o regime celetista, reconheceu que não se submeteu a concurso público para ser contratada pelo município. Assim, declara-se a nulidade do contrato existente entre as partes (SENF1).
	Denúnciação da lide	Em relação as partes têm-se que um era Prefeito do Município e o segundo Secretário de Saúde. Declaro de ofício a incompetência absoluta Desta Especializada, excluindo-os da lide, declarando o feito extinto sem resolução de mérito em relação a tais partes acionadas (STE6).
	Recolhimento ao INSS	A reclamante pleiteia que seja o reclamado condenado a recolher ao INSS os valores devidos ao longo do vínculo não anotado na CTPS. Declaro incompetência em razão da matéria da Justiça do Trabalho e extingo o pedido sem resolução do mérito (SAE1).
Vulnerabilidade no trabalho	Dano moral	O depoente (paciente/testemunha) viu o anestesista xingando de forma genérica aos presentes, inclusive a reclamante, de "parasita"; a reclamante ofereceu algo a ele, ao que este respondeu que ela devia enfiar isto no "tichê"; que este termo significa "vagina"; que neste momento a reclamante começou a chorar e o procedimento continuou e que houve cochichos entre os funcionários neste instante (SENF4). A preposta, (coordenadora de enfermagem) denunciou a obreira no Conselho Regional de Enfermagem, seccional Bahia. Relatando que a autora teria antecipado as evoluções dos pacientes internados. Restou arquivada tendo o órgão de Classe absolvido a denunciada da acusação por não haver provas" (SENF3).
	Reversão da dispensa por justa causa	A obreira incorreu em justa causa, sob o argumento de que ela teria passado a faltar bastante ao serviço, bem como, ministrar medicamentos errados nos pacientes. (STE3).
	Responsabilidade solidária e subsidiária do empregador	A Obreira incluiu os sócios da empresa, no polo passivo da lide, e, portanto, solidariamente responsáveis pelas obrigações advindas do vínculo empregatício O Estatuto Social noticia que a primeira Ré é uma sociedade civil, sem fins lucrativos e de utilidade pública, o que afasta a responsabilidade dos Diretores no âmbito trabalhista. (STE1).
Intensificação do trabalho	Acúmulo de funções	Requer o pagamento de diferenças salariais sob alegação de que sempre exerceu outras atividades diversas daquelas para a qual foi contratada, tais como secretária, auxiliar de enfermagem, telefonista, faxineira, instrumentador cirúrgica, entre outras (SAE2).
	Extensão da jornada.	Laborava das 07h 00 min às 19h 00 min, de segunda a sexta, com 30 minutos de intervalo intrajornada (SAE2). Laborava das 07 h às 16 h, de segunda a sexta, sem intervalo (SENF6)
Insegurança e saúde no trabalho	Insalubridade	Pugna pelo pagamento de adicional de insalubridade, tendo em vista que exercia a função de técnica de enfermagem. Realizada pericial judicial, que atestou a insalubridade e que o hospital não possui recursos ou estrutura médica adequada para trabalhos (STE2). Aduz que trabalhava como guia interno e externo de câmara hiperbárica e que a reclamada proporcionasse qualquer conforto ou curso para desempenho das atividades. (STE8).
	Doença ocupacional	Era retaliada quando apresentava os atestados médicos o que lhe causava abalo emocional, baixa autoestima, constrangimento. (STE2). Adquiriu doença ocupacional e se afastou das suas atividades laborativas em razão de ser portadora de doença descompressiva, era recorrente se queixar de dores articulares e cefaleia ao médico plantonista da reclamada, que inclusive, teria decidido recomprimir a reclamante pensando numa doença descompressiva (STE8).
	Repouso semanal remunerado (RSR), intervalos inter e intrajornada e trabalho noturno	A autora cumpria a jornada de 12 h de trabalho por 24 h de descanso, inclusive sábados, domingos e feriados, sem o pagamento de horas extras e do adicional noturno. (SAE1). Laborava das 07h 00 min às 19h 00 min de segunda a sexta-feira, com 30 minutos de intervalo interjornada, recebia R\$ 400,00 mensais, que era pago de forma não contabilizada (SAE2).
Condenação e descarte do direito do trabalho	Anotação na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS)	Pleiteia o reconhecimento do vínculo e a consequente retificação da CTPS (AE1). Trabalhou nos últimos cinco anos sem férias e sem a indenização dos respectivos períodos aquisitivos, gratificação natalina e os salários de maio e junho 2017,a empresa não recolhe a contribuição previdenciária (STE5).

DISCUSSÃO

As sentenças analisadas neste estudo são provenientes da Justiça do trabalho, que tem competência para processar e julgar ações trabalhistas de contratos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas, embora, das 22 ações que geraram julgamento, 11 delas foram sentenciadas na modalidade de contrato nulo por fazer pedidos referentes a reconhecimento de vínculo com a administração pública, o que é um dado relevante. O contrato nulo revela que o Estado, enquanto empregador, tem falhado com relação ao respeito aos princípios fundamentais e basilares que sustentam os direitos sociais, elencados na carta magna⁽⁸⁾, onde insere-se o trabalho. Evidencia-se que no contrato nulo, o ônus da ilicitude contratual recai sobre a trabalhadora, que tem apenas o direito de receber o saldo do salário com relação as horas trabalhadas e os valores referentes aos depósitos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Ao adotar a doutrina econômica neoliberal, o estado brasileiro reduz gastos públicos e como consequência precariza os serviços públicos e a sua força de trabalho, em especial, as trabalhadoras da enfermagem, que são submetidas a modalidades precárias de contratação, através das novas formas de gestão do trabalho, por meio de organizações sociais, terceirização, fundações privadas de apoio⁽⁹⁾.

Ao considerar o contingente de trabalhadoras da enfermagem cerca de 1.800.000 de um total de 3,5 milhões de trabalhadores de saúde, a situação não é confortável no tocante as relações laborais que envolve a equipe de enfermagem, com destaque a violência no cotidiano das instituições, seja física, psicológica, institucional e sexual, assim como as práticas discriminatórias em razão das relações de gênero e raça. Soma-se a este cenário, a falta de segurança no cotidiano do trabalho que repercute diretamente na qualidade de vida das trabalhadoras^(10,71).

Neste sentido, põe-se em debate como o neoliberalismo e a financeirização da economia contaminou o sistema estatal, a ponto de que o Estado que elabora as leis, fiscaliza a aplicação das normas e julga atos ilícitos, também é o mesmo Estado que funciona como gestor dos interesses do capital e participa ativamente dos processos de flexibilização e precarização das relações de trabalho.

Adiciona-se que nos casos em que foram sentenciados o contrato nulo, o gestor público não responde pela ilicitude do ato contratual porque a Justiça do Trabalho não detém competência para compor a demanda por se tratar de uma relação de natureza jurídico administrativa.

Apesar da importância do recolhimento previdenciário, muitas empresas descumprem a legislação e as trabalhadoras só descobrem o ilícito no momento em que precisa acessar o Instituto Nacional do Seguro Nacional (INSS). Os pedidos rela-

cionados ao recolhimento previdenciário não são julgados porque o judiciário trabalhista não tem competência para julgar a matéria.

Uma das maneiras utilizadas pelo empregador para dissimular o dano provocado no ambiente do trabalho e realizar a gestão pelo medo foi o rompimento do contrato de trabalho através da despedida por justa causa, pois tal modalidade de dispensa não prevê o pagamento de verbas resilitórias. Neste caso, a trabalhadora além de sofrer o dano físico e/ou mental em decorrência do labor, tem acrescido ao sofrimento o prejuízo financeiro por não receber as verbas em decorrência do tipo da desídia.

Para reaver o prejuízo pecuniário, as trabalhadoras recorrem perante o TRT5 para pedir a reversão da dispensa com justa causa, que quando concedidos passam a ter o direito ao 13º salário, férias vencidas e proporcionais, aviso prévio, saldo de salário, multa de 40% do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e seguro-desemprego.

No Brasil, emerge o discurso midiático e político imposto e, às vezes, banalizado, de que qualquer emprego é melhor do que nenhum ou que é melhor ter emprego que direitos trabalhistas. Esta condição, leva as trabalhadoras a consentir forçosamente o trabalho precário frente a permanente ameaça do desemprego, e mais, a trabalhadora passa a ter uma relação de desenraizamento de classe e se traveste da dominação para oprimir as demais classes que lhe são subordinadas dentro de um processo de alienação imposta pelo sistema capitalista. Compreender o trabalho alienado permite-nos entrever três grandes rupturas fundamentais para a vida e a saúde: a ruptura nas relações dos homens com a natureza, a ruptura dos laços dos homens entre si e, também, do homem consigo mesmo^(11,34).

Nota-se que a saúde e a segurança no trabalho são dimensões que necessitam de atenção no trabalho em saúde, pois, a inserção do trabalhador em ambientes insalubres, a exposição a horas de trabalho ininterruptas sem horário ou sem infraestrutura adequada para o descanso, a extensão, a intensificação e aumento de carga das jornadas de trabalho são fatores que contribuem para o adoecimento físico e mental das trabalhadoras e que nem sempre é possível comprovar na seara trabalhista o nexo de causalidade entre a doença e as atividades desempenhadas^(11,12,13).

Traz-se que a precarização não atinge somente as trabalhadoras com vínculos fragilizados, como também, as que possuem vínculos estáveis com contrato por tempo indeterminado, por isto, é necessário a participação da classe através de ações coletivas para fortalecer e qualificar as entidades representativas da profissão.

Limitações do estudo

É importante assinalar, que na totalidade de trabalhadoras

da enfermagem que tiveram prejuízos em decorrência do contrato de trabalho, nem todas ingressam ou tem acesso em sede de recurso ao judiciário trabalhista porque precisa constituir advogado, assim, esse estudo também guarda limites quanto a generalização dos resultados para a população pesquisada (discordo dessa frase, é representativo, em pouca quantidade, mas representa muito bem. Sugiro que fique só até população pesquisada).

Contribuições para a prática

A contribuição deste estudo está inserida no campo do trabalho na enfermagem, os seus resultados poderão servir de informação e despertar as trabalhadoras sobre o resultado de ações trabalhistas com relação ao alarmante crescimento da precariedade no trabalho e como os vínculos são cada vez mais flexibilizados para atender a uma lógica mercadológica. Para além, disto, fica a provocação para que os órgãos de fiscalização da enfermagem e do trabalho, dentro de suas atribuições, aumentem a sensibilidade para fiscalizar e intervir nas condições e a forma de inserção das trabalhadoras da enfermagem nos diversos campos da atividade profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o cenário de trabalho precarizado, considera-se baixa a quantidade de denúncias encaminhadas à Justiça do

Trabalho, o que pode revelar o desconhecimento por parte das trabalhadoras do campo da enfermagem sobre seus direitos ou o medo de recorrer à Justiça ou a impossibilidade financeira de recorrer, dado que isto demanda a interposição de um(a) advogado(a) em processos que envolvem recurso.

Das tipologias analisadas, destaca-se a vulnerabilidade das formas de inserção, pois trabalhadoras aceitaram um contrato de trabalho nulo no qual o Estado, embora seja o contratante, não é responsabilizado pelo dano. As demais tipologias revelam que a gestão pelo medo e o assédio dissemina-se de diversas formas no campo da enfermagem, sendo a demissão por justa causa a principal forma punitiva feita pelos empregadores. Conclui-se que a precarização do trabalho é uma realidade para o campo da Enfermagem e que suas repercussões jurídicas estão relacionadas de forma estrita com os processos de vulnerabilidade que são expostas as trabalhadoras, ocasionando danos nos processos de saúde e segurança no ambiente do trabalho.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo: Urbanir Santana Rodrigues, Paulo Eduardo Santos Santana, Eder Pereira Rodrigues. Revisão crítica, revisão final: Tatiane Araújo dos Santos, Sinara Vera, Jamille Sampaio Berhends, Ariane Cedraz Moraes.

REFERÊNCIAS

1. Antunes R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho. In: Infoproletários: degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo; 2009. p. 231-8.
2. Melo CMM, Florentino TC, Mascarenhas NB, Macedo KS, Silva MC, Mascarenhas SN. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2016;20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400601&nrm=iso
3. Dardot P, Laval C. Comum: ensaio sobre a revolução no século XXI. 1a ed. Eclahar M de T, editor. São Paulo: Boitempo; 2017. 534 p.
4. Druck G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? Cad CRH [Internet]. 2011;24:37-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000400004&nrm=iso
5. Poupard J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrriere A, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. In: A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2014. p. 464.
6. Freitas R, Lima TM. Metodologia de análise de decisões. Univ Jus. 2011;2.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Resolução n. 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 [Internet]. Diário da República 2016 p. 3. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]. -- Brasília : Supremo Tribunal Federal. Secretaria de Documentação [Internet]. 1988 [cited 2020 Mar 24]. 518 p. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/constituicao.asp>
9. Araújo-dos-Santos T, Silva-Santos H, Silva MN, Coelho ACC, Pires CG S, Melo CMM. Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2018;52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100489&nrm=iso
10. Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. Condições de Trabalho da Enfermagem. Enferm em Foco [Internet]. 2016;7:63. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/695>
11. Franco T. Alienação do trabalho: despertencimento social e desrenraizamento em relação à natureza. Cad CRH [Internet]. 2011;24:171-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000400012&nrm=iso
12. Fernandes MA, Soares LMD, Silva JS. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. Rev Bras Med do Trab [Internet]. 2018;16:218-24. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/318/pt-BR/transtornos-mentais-associados-ao-trabalho-em-profissionais-de-enfermagem--uma-revisao-integrativa-brasileira>
13. Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira L de MM, Laudano RCS, Nascimento Sobrinho CL. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014;67:296-301. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200296&lng=en

LEGISLAÇÃO TRABALHISTA INTERNACIONAL E SUA INTERFACE COM A SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Samara Sousa Castro Brandão¹

Bianca Ianne Carlos Gonçalves¹

Maria Júlia Barbosa Muniz¹

Alisson Salatiel Ferreira de Freitas¹

Antonio Rodrigues Ferreira Junior¹

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos¹

<https://orcid.org/0000-0002-1008-8742>

<https://orcid.org/0000-0001-5791-2893>

<https://orcid.org/0000-0001-5791-2893>

<https://orcid.org/0000-0002-4547-5785>

<https://orcid.org/0000-0002-9483-8060>

<https://orcid.org/0000-0001-7559-8471>

Objetivo: Descrever a legislação trabalhista internacional vigente relacionada à saúde materna, bem como comparar seus efeitos sobre o binômio mãe e filho. **Método:** Estudo descritivo no qual foi utilizado método documental. Foram analisadas cinco Leis trabalhistas, disponíveis na língua portuguesa, inglesa e francesa dos seguintes países: Brasil, Canadá, França, Moçambique e Portugal. A pesquisa foi realizada mediante busca por documentos legais de domínio público, utilizando as legislações trabalhistas relacionadas à saúde reprodutiva, promoção da saúde e licença-maternidade, de âmbito nacional e internacional. **Resultados:** Surgiram duas categorias: Comparação das licenças maternidade e Direitos Legais na construção da saúde materno-infantil. Percebeu-se que todos os países estudados oferecem licença maternidade, porém variam-se o período de tempo, a remuneração da mulher e os pré-requisitos que garantem o auxílio. O Canadá assiste melhor a mulher em seus direitos trabalhistas e Moçambique apresenta a menor cobertura de direitos trabalhistas. **Conclusões:** Concluiu-se que a licença maternidade que cada país oferece à mulher influencia diretamente no seu ciclo gravídico-puerperal e ao retorno da sua vida profissional.

Descritores: Saúde Materna; Legislação Trabalhista; Promoção da Saúde.

INTERNATIONAL LABOR LAW AND ITS INTERFACE WITH MATERNAL AND CHILD HEALTH

Objective: To describe the current international labor legislation related to maternal health, as well as to compare its effects on the mother and child binomial. **Method:** Descriptive study in which documentary method was used. Five labor laws, available in Portuguese, English and French from the following countries were analyzed: Brazil, Canada, France, Mozambique and Portugal. The research was conducted by searching for public domain legal documents, using labor laws related to reproductive health, health promotion and maternity leave, nationally and internationally. **Results:** Two categories emerged: Comparison of maternity leave and Legal Rights in the construction of maternal and child health. It was noticed that all the countries studied offer maternity leave, but the time period, the woman's remuneration and the prerequisites that guarantee the aid vary. Canada best assists women in their labor rights and Mozambique has the lowest labor rights coverage. **Conclusions:** It was concluded that the maternity leave that each country offers women directly influences their pregnancy-puerperal cycle and the return of their professional life.

Descriptors: Maternal Health; Legislation, Labor; Health Promotion.

DERECHO INTERNACIONAL DEL TRABAJO Y SU INTERFAZ CON LA SALUD MATERNA Y DEL NIÑO

Objetivo: Describir la legislación laboral internacional actual relacionada con la salud materna, así como comparar sus efectos en el binomio madre e hijo. **Método:** estudio descriptivo en el que se utilizó el método documental. Se analizaron cinco leyes laborales, disponibles en portugués, inglés y francés de los siguientes países: Brasil, Canadá, Francia, Mozambique y Portugal. La investigación se realizó mediante la búsqueda de documentos legales de dominio público, utilizando leyes laborales relacionadas con la salud reproductiva, la promoción de la salud y la licencia de maternidad, a nivel nacional e internacional. **Resultados:** Surgieron dos categorías: Comparación de la licencia de maternidad y Los derechos legales en la construcción de la salud materna e infantil. Se observó que todos los países estudiados ofrecen licencia de maternidad, pero el período de tiempo, la remuneración de la mujer y los requisitos previos que garantizan la ayuda varían. Canadá ayuda mejor a las mujeres en sus derechos laborales y Mozambique tiene la cobertura de derechos laborales más baja. **Conclusiones:** se concluyó que el permiso de maternidad que cada país ofrece a las mujeres influye directamente en su ciclo embarazo-puerperal y en el retorno de su vida profesional.

Descritores: Salud Materna; Legislación Laboral; Promoción de La Salud.

¹Universidade Estadual do Ceará - UECE

Autor correspondente: Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos - E-mail: saiwori.anjos@uece.br

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher é discutida internacionalmente, visto o seu relevante impacto nos indicadores de saúde pública, observando as características biopsicossociais e sua representatividade na sociedade. Dentre as prioridades quando se trata da saúde da mulher, destaca-se o empenho para a redução da mortalidade materno-infantil.

Resumindo-se ao risco de morte ou invalidez por causas relacionadas à gravidez e ao parto, a saúde materna avançou muito pouco ao longo de décadas, como resultado de múltiplas causas subjacentes. A principal delas talvez esteja relacionada à posição de desvantagem que a mulher ocupa em vários países e em muitas culturas, bem como à falta de atenção aos seus direitos e de responsabilização pelo respeito a eles⁽¹⁾.

Diante disso, torna-se pertinente averiguar a assistência prestada e o perfil das mulheres, baseado nos seus direitos sexuais e reprodutivos e principalmente nas desigualdades que sofrem, possibilitando à busca de melhorias e fortalecimento das políticas públicas direcionadas a saúde materna. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil é hoje referência internacional na área de saúde pública e exemplo para outros países que buscam sistemas mais igualitários de saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil foi um dos primeiros e poucos países fora da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a prever na legislação o acesso universal aos serviços de saúde, reconhecendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado⁽²⁾.

Em consenso, na perspectiva de um atendimento mais humanizado, o Ministério da Saúde vem instituindo ações e estratégias voltadas à população feminina. Pode-se destacar em 2003 a Política Nacional de Humanização com vistas à responsabilização e o compromisso de usuários, gestores e trabalhadores na produção de saúde e organização social nas práticas no âmbito gravídico/puerperal. Ademais em 2004 o MS criou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher que tem como diretrizes à integralidade no campo dos direitos sexuais e reprodutivos com ênfase na atenção obstétrica. Políticas tais que são implementadas e promulgadas em forma de leis, decretos e portarias⁽³⁾.

Através da evolução destas políticas e o estabelecimento da necessidade de assistir essa população de forma consciente, obtiveram-se as legislações que garantem os direitos das mulheres em todo o âmbito gravídico puerperal. Mediante os fatos expostos, evidencia a necessidade de compreender não apenas a legislação nacional, mas também conhecer os direitos adquiridos por mulheres no âmbito internacional, baseado na estrutura dos sistemas de saúde e de sua contribui-

ção para a efetivação destes direitos.

Diante da problemática exposta, buscou-se nesse estudo conhecer a legislação trabalhista materna nacional e internacional vigente que contemple os direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal, assim como comparar os benefícios da legislação trabalhista entre os países estudados na perspectiva da saúde materno-infantil.

MÉTODO

Estudo do tipo descritivo, utilizando o método documental e bibliográfico. O método utilizado propicia analisar de forma completa o material selecionado, averiguando sua função social, política, educacional e técnica sobre o assunto abordado.

A pesquisa foi realizada através da busca de documentos legais de domínio público, dispostos em sites governamentais e bases jurídicas, sendo utilizados documentos de cunho jurídico, brasileiro e internacional. Dessa forma, cinco Leis trabalhistas de cinco países diferentes foram analisadas, disponíveis na língua portuguesa, inglesa e francesa.

A tradução de tais documentos foi realizada de forma criteriosa para que não houvesse perda do contexto inicial. Como sujeitos da pesquisa foram utilizadas legislações trabalhistas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, promoção de saúde e licença-maternidade, de âmbito nacional e internacional.

Os documentos internacionais foram incluídos de acordo com a abordagem clara da legislação trabalhista e seu desenvolvimento sócio demográfico, os países selecionados de forma aleatória de acordo com a maneira que se identificavam as legislações na rede mundial de computadores. Deste, obtiveram-se destaque o Brasil, Canadá, França, Moçambique e Portugal. Para a coleta de dados foram utilizados dois procedimentos: pesquisa bibliográfica e análise documental. O procedimento de recorrer aos autores que servem de base para a pesquisa foi efetivado de acordo com Lüdke, André⁽⁴⁾.

Os dados foram analisados de acordo com a análise temática de Minayo⁽⁵⁾, sendo a primeira etapa a pré-análise, que determinou a unidade de registro (palavra chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise. A segunda foi a análise que categorizou de acordo com os direitos descritos na legislação trabalhista relacionado ao período da gestação, parto e puerpério e comparada a literatura pertinente. Nesse âmbito, surgindo duas categorias apresentadas nos resultados: Comparação das licenças maternidade e Direitos Legais na construção da saúde materno-infantil.

RESULTADOS

Comparação das licenças maternidade

Os resultados obtidos através da metodologia utilizada expõem as legislações dos países selecionados e suas especificidades quando retratado os direitos trabalhistas das mulheres gestantes.

O quadro 1 apresenta informações relacionadas aos códigos de trabalho e aos direitos elementares garantidos às mulheres na licença maternidade.

Quadro 1 – Legislação vigente acerca da licença maternidade. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

PAÍS	LEGISLAÇÃO TRABALHISTA	PERÍODO DA LICENÇA	REQUISITOS	REMUNERAÇÃO
Brasil	Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943. Art. 392 (6)	120/180 dias (6,7)	Ser contribuinte do INSS (6)	Valor integral do salário (6)
Canadá	Código do trabalho; Art. 205, 22 de Junho de 2017 (8)	355 dias (8)	Ser contribuinte Ter trabalhado 600 h nas últimas 52 semanas (8)	Em torno de 55 a 75% do salário (8)
França	Código do trabalho; Art. L.1225-17 (9)	112 / 322 dias, varia de acordo com o número de crianças esperadas e o número de crianças que a gestante já possui (9)	Comprovar 10 meses de matrícula com a seguridade social (9)	Cálculo realizado baseado no ganho diário de base (9)
Moçambique	Código do trabalho; Lei nº 23/2007. Art. 10 (10)	60/90 dias (10)	Ser contribuinte (10)	Integral (10)
Portugal	Código do trabalho, Lei nº 7/2009, Art. 39-42 (11)	120/150 dias (11)	6 meses de contribuição com a seguridade social (11)	Integral (11)

No Brasil à lei vigente é a Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943. Em seu Art. 392 especifica que o período da licença é de

120 a 180 dias, para gozar desse direito a mulher deverá ser contribuinte do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A mulher receberá em seu período de licença o valor integral de seu salário. Em caso de parto prematuro, o período de internação não será descontado do período da licença maternidade.

No Canadá, o código do trabalho; Art. 205, 22 de junho de 2017, garante os direitos essenciais das mulheres e assegura a duração de sua licença de até 355 dias, para ter direito a mesma deve ser contribuinte e ter trabalhado 600 horas nas últimas 52 semanas, seu retorno financeiro será de 55% a 75% do valor integral.

Nesse contexto, o código do trabalho; Art. L.1225-17 da França que rege os direitos da mulher gestante, assegura o período da licença o qual varia de 112 a 322 dias, isso de acordo com o número de crianças esperadas e o número de crianças que a gestante já possui. Contudo, a mulher deverá ser contribuinte obrigatoriamente.

Em Moçambique, o código do trabalho; Lei nº 23/2007. Art. 10 garante os 60 a 90 dias de licença maternidade à mulher, a mesma deverá ser contribuinte e receberá o valor integral de seu salário durante a licença.

Já em Portugal, o código do trabalho, Lei nº 7/2009, Art. 39-42, especifica de 120 a 150 dias de licença maternidade, sendo que a mulher deverá ter contribuindo no mínimo 6 meses para a seguridade social e receberá o valor integral de seu salário durante a licença.

Quando equiparado aos países, o Canadá apresentou, analisando os dados disponíveis em sua legislação, além dos 355 dias de licença maternidade, uma remuneração equivalente de 55% a 75% do seu ganho salarial, complementado por auxílios oferecidos pelo governo. Direitos Legais na construção da saúde materno-infantil.

Quadro 2 – Direitos garantidos através das legislações vigentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

PAÍS	DIREITO À TRATAMENTO DE SAÚDE	DIREITO À AUSÊNCIA PARA CONSULTA PRÉ-NATAL	DIREITO À INTERVALO PARA AMAMENTAÇÃO	DIREITO À CRECHE
Brasil	Mediante apresentação de atestado (6)	É garantindo a dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares (6)	É garantido o período de uma hora, distribuído mediante acordo com o empregador (6,7)	A mãe trabalhadora tem assegurado o direito a berçário ou creche sempre que a empresa tiver 30 ou mais mulheres trabalhando (6,21)

Canadá	Mediante apresentação de atestado ⁽⁸⁾	Mediante apresentação de atestado ⁽⁸⁾	Não há dados disponíveis ⁽⁸⁾	Não há dados disponíveis ⁽⁸⁾
França	Mediante apresentação de atestado ⁽⁹⁾	A gestante terá direito à sete consultas pré-natal ⁽⁹⁾	É garantida uma hora durante o expediente para o aleitamento ⁽⁹⁾	Não há obrigatoriedade trabalhista ⁽⁹⁾
Moçambique	Mediante apresentação de atestado ⁽¹⁰⁾	Mediante apresentação de atestado ⁽¹⁰⁾	Dois períodos de meia hora ⁽¹⁰⁾	Não há dados disponíveis ⁽¹⁰⁾
Portugal	Mediante apresentação de atestado ⁽¹¹⁾	Mediante apresentação de atestado ⁽¹¹⁾	Dois períodos distintos com duração máxima de uma hora cada ⁽¹¹⁾	Não há dados disponíveis ⁽¹¹⁾

No Brasil, a mãe trabalhadora pode ausentar-se para tratamento de saúde e consulta pré-natal, sendo garantido a dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares. Além disso, a legislação assegura uma hora para amamentação, distribuída durante o período de trabalho de acordo com a chefia, garante ainda a presença de creches em locais de trabalho com trinta ou mais mulheres trabalhadoras. Caso a empresa não possa cumprir com a obrigatoriedade da creche, na legislação há a possibilidade de ocorrer o reembolso-creche que deverá cobrir, integralmente, as despesas efetuadas com o pagamento da creche de livre escolha da empregada mãe.

No Canadá, a mãe trabalhadora pode ausentar-se mediante atestado médico para tratamento de saúde e consultas pré-natais, mas a legislação não disponibiliza dados que assegurem o período para amamentação e creche.

Na França é garantido o direito a tratamento de saúde mediante atestado médico, as consultas pré-natais são garantidas em números de sete. Além disso, a mãe trabalhadora tem direito há uma hora para aleitamento materno em horário de trabalho e as instituições não têm obrigatoriedade à creche.

Em Moçambique é garantido à ausência no trabalho para tratamento de saúde e consulta pré-natal mediante apresentação de atestado médico, assim como é garantido o direito à amamentação em dois períodos de meia hora, mas não há dados disponíveis sobre a obrigatoriedade de creche.

Já em Portugal, a legislação garante o direito a tratamento de saúde e a consulta pré-natal mediante atestado mé-

dico, é assegurado também dois períodos distintos com duração máxima de uma hora cada para aleitamento materno. Não há dados em relação à disponibilidade de creche.

DISCUSSÃO

Na análise equiparada das licenças maternidades dos países estudados disponíveis em sua legislação, obteve-se o Canadá como o país que melhor ampara a mulher, apresentando além dos 355 dias de licença maternidade, a remuneração equivalente de 55% a 75% de seu ganho salarial, podendo ainda ser complementado por auxílios oferecidos pelo governo.

Essas políticas são projetadas para auxiliar os pais a permanecerem em casa com seus bebês, dando aos pais proteção jurídica profissional e apoio financeiro quando eles se despedem do trabalho⁽¹²⁾.

A maioria dos canadenses goza de boa saúde para excelente saúde física e mental. Devido, em parte, aos esforços de saúde pública, tais como a introdução de programas de vacinação em massa, cessação do tabagismo e de sensibilização sobre o uso de cintos de segurança, os canadenses estão vivendo mais (a expectativa de vida média ao nascer é de 80,7 anos) e as taxas de mortalidade infantil diminuíram. Em 2009, 62,2% dos canadenses com idade de 12 anos ou mais informou que sua saúde era “excelente” ou “muito boa”, significando um aumento em comparação o percentual de 59,7% registrado em 2003⁽¹³⁾.

No Canadá, há vários programas-chave comunitários voltados à saúde de gestantes vulneráveis, crianças e suas famílias, incluindo o Programa Canadense de Nutrição Pré-natal (CPNP), o Programa de Ação Comunitária para Crianças, o Programa de Saúde Materno-Infantil e o Programa de Vantagens Iniciais para Aborígenes de Comunidades Urbanas e do Norte. Uma avaliação do CPNP, realizada de 2004 até 2009, revelou que a maior exposição das mulheres ao programa produzia melhores resultados do parto e comportamentos de saúde mais positivos⁽¹⁴⁾.

Em contraponto, identifica-se a legislação de Moçambique como a de menor valorização da mulher trabalhadora. O período de licença maternidade ofertado é de 60 a 90 dias, apesar de garantir o valor integral de seu salário, institui uma desestabilidade quando limita esse período de envolvimento materno-infantil.

Um fato contribuidor para essa dicotomia entre os países supracitados pode estar relacionado ao aumento da desigualdade e da distribuição marcadamente irregular da pobreza, concentrada nas áreas rurais e entre famílias chefiadas por mulheres analfabetas é um desafio, com isso é importante diversificar para além do foco atual em projetos de capital intensivo e agricultura de subsistência de baixa produtividade

de para uma economia mais diversa e competitiva, é preciso fortalecer sempre os principais impulsionadores da inclusão, como a educação de qualidade e a prestação de serviços de saúde, a melhoria dos indicadores sociais também é um importante desafio⁽¹⁵⁾.

Devido às condições socioeconômicas pouco favoráveis, apesar da legislação, não há um controle efetivo sob as condições de trabalho dessas mulheres inseridas no mercado.

Nesse sentido, é necessário fortalecer o conhecimento das mulheres acerca da licença maternidade e os deveres do empregador, por meio dos próprios atendimentos no pré-natal, a fim de garantir seus direitos e fortalecer uma atenção materno-infantil de qualidade.

Nesse contexto, os profissionais de saúde devem orientar acerca do assunto para que haja entendimento e busca por seus direitos, compreendendo que esse fator faz parte da promoção de saúde da gestante e seus familiares.

As ações dos profissionais devem estar voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades⁽¹⁶⁾.

A promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Nesse aspecto, é extrema importante compreender os processos de cuidado dispensado a mulher nesse período, buscando garantir a qualidade de saúde em todos aspectos, biopsicossocial, ou seja, incidindo sobre as condições de vida da usuária dos serviços de saúde, extrapolando a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde⁽¹⁷⁾.

Uma característica comum a todos os países é a garantia da licença maternidade mediante contribuição com o órgão trabalhista de cada país, ou seja, um direito garantido a mulheres que produzem e contribuem para o mercado de trabalho.

A entrada da mulher no mercado de trabalho ocorreu devido à necessidade de sua contribuição nos serviços que estavam ligados ao ganho financeiro da família, com início na Revolução Industrial absorvendo de forma importante a mão-de-obra feminina pelas indústrias com o objetivo de baratear os salários e também pela maior facilidade de disciplinar esse novo grupo de operárias, onde trazendo definitivamente, a mulher na produção. Ao longo dos anos mudanças importantes têm ocorrido na participação das mulheres no mercado de trabalho. Este processo se consolida a cada dia

deixando de ser apenas uma oscilação temporária, tornando o processo de incorporação do contingente feminino um fenômeno social contínuo e persistente⁽¹⁸⁾.

A realidade laboral experimentada pelas mulheres sofre influências marcantes de gênero, não somente em aspectos relacionados à dupla jornada de trabalho, mas também pela distribuição dos tipos de tarefas e dos postos de trabalho. Mesmo quando as mulheres conquistam as mesmas ocupações que os homens, existem diferenças significativas: os homens ocupam os cargos mais valorizados e recebem melhores salários⁽¹⁹⁾.

São três os aspectos que constituem a licença-maternidade ideal: pelo menos 14 semanas de afastamento com remuneração não inferior a dois terços do salário, pagos através de seguro social ou fundos públicos. Não existe um padrão recomendado para a licença paternidade, de acordo com os dados mais recentes da organização, 51% dos países membros da Organização Internacional do Trabalho (são 185) atendem completamente às recomendações de licença-parental⁽²⁰⁾.

Fato importante observado nas legislações analisadas foi a exposição das gestantes ao risco no trabalho, cada país a seu modo preza pelo bem-estar da mulher trabalhadora quando grávida, sendo flexíveis com carga horária de trabalho, observando insalubridade e possibilitando afastamento e mudança de setor quando não à condições de trabalho adequado.

Assim, visualizam-se os desafios enfrentados pelas mulheres para conquistar e consolidar os direitos adquiridos. É fundamental aplicar corretamente as normas para que haja uma contribuição biopsicossocial para a mulher trabalhadora principalmente no que tange ao setor saúde. Vale ressaltar que mesmo com direitos garantidos na legislação, instabilidade política de alguns países e suas reformas trabalhistas vem, muitas vezes, reduzindo os direitos já adquiridos, podendo com isso fragilizar aspectos da qualidade de vida da mulher mãe trabalhadora.

É importante que o direito das mães trabalhadoras seja assegurado, pois irá influenciar em diversos aspectos no desenvolvimento da saúde materno-infantil. É evidenciado que a rotina feminina é alterada, esse fator precisa ser entendido e favorecido por políticas sociais que vão de encontro a saúde da mulher, para reduzir a possibilidade de problema mentais nessa mulher causada pela pressão seja ela gerada pela maternidade, seja ela gerada pelo trabalho⁽²²⁾.

O profissional da saúde tem responsabilidade no tocante ao esclarecimento acerca das condições de saúde da população, dessa forma, a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal se torna muito importante⁽²³⁻²⁴⁾.

A maternidade é, para muitas mulheres, um dos aspectos

mais intensos e significativos da existência humana. Estando geralmente associada a um momento de renovação da vida, algumas vezes, a maternidade se associa a riscos para a vida da mulher ou da criança⁽²³⁾.

O período estendido da licença maternidade garante um melhor acompanhamento do binômio mãe-filho, podendo-se observar a formação de vínculo, a adesão ao aleitamento materno e à periodicidade na aplicação de vacinas.

A criança, formada numa relação de vínculo afetivo materno adequado ou numa base segura, desenvolve um apego estável que vai permitir que sua mãe se afaste sem que aquela se sinta desamparada. Neste ambiente tido como seguro, a criança é capaz de desenvolver um sentimento de confiança e segurança em si mesma e no ambiente, como consequência deste vínculo afetivo primário saudável⁽²⁴⁾.

A licença maternidade tem sido útil e usada pela maioria das trabalhadoras para amamentar, mas há outros condicionantes que são fundamentais para que a manutenção da lactação seja facilitada, tais como aqueles que permitem à proximidade mãe-criança e/ou a retirada periódica de leite materno durante a jornada de trabalho⁽⁷⁾.

O aleitamento materno possui inúmeras vantagens, entre as quais se encontram a satisfação das necessidades nutricionais do bebê e o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho, sendo que representa ainda uma das experiências nutricionais mais precoces do recém-nascido^(7,26).

Outro aspecto relevante é a adesão às vacinas, possibilitada de forma periódica quando há uma licença maternidade que proporcione esse ato pela mãe.

Por vezes não é possível a periodicidade da imunização, devido a rotina de trabalho materna, tornando à levada da criança a unidade um grande desafio. Esse processo de ocorre, por elas não poderem se ausentar do trabalho e não ter alguém próximo que possa assumir este papel, o que demonstra também uma estrutura familiar deficiente contribuindo, talvez, para que o esquema vacinal da criança não seja completado⁽²⁵⁾.

Diante de todos esses aspectos, fica evidente os inúmeros benefícios proporcionados a partir da licença maternidade, sendo assim, fundamental que esse direito seja garantido, protegendo e possibilitando tranquilidade para a mulher durante seu afastamento do local de trabalho.

Limitações do estudo

O estudo apresenta limitação referente a quantidade de países investigados, entretanto acrescenta discussões aos conhecimentos dos tópicos abordados, visando a ampliação e fortalecimento teórico no que diz respeito ao tema em questão.

Contribuições para a prática

Conhecer e comparar a legislação trabalhista materna nacional e internacional vigente acerca dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal permitiu-nos refletir nas disparidades sociais distintas dos diferentes *locus* pesquisados, tendo em vista que trouxe como destaque que a relevância da proteção social destas mulheres pode influenciar diretamente na saúde materna e infantil desses países. Destarte, agregou-se informação com vistas a gerar bases para subsidiar pesquisas na saúde, bem como ao planejamento e as práticas na atenção à saúde da mulher e sua intrínseca relação às legislações trabalhistas e ao suporte social que se deve oferecer a este público prioritário.

CONCLUSÃO

Através do estudo foi possível identificar, descrever e equiparar a legislação trabalhista dos países selecionados, alcançando assim os objetivos propostos pelo mesmo, tendo em vista a relevância da legislação para saúde pública como uma ferramenta de intervenção.

Concluiu-se que as legislações trabalhistas dos países pesquisados vêm contribuindo para promoção da saúde em menor e maior grau a depender do local, influenciados principalmente por seus aspectos culturais, sociais e econômicos.

Identificou-se que os países, em sua maioria, cumprem o determinado pela organização mundial do trabalho, amparando e protegendo as mulheres no seu ciclo gravídico-puerperal, bem como fortalecendo o vínculo do binômio mãe-filho. Fato que pode promover um bom desenvolvimento nutricional e os cuidados necessários para promoção da saúde infantil, apesar da instabilidade política de alguns.

Assim, para que haja qualidade na assistência de enfermagem prestada é necessário o entendimento das políticas públicas da saúde que amparam as gestantes e os profissionais, facilitando o processo de trabalho e subsidiando a garantia dos direitos da mulher.

Esse estudo abre caminhos para novas análises e questionamentos, em busca de engrandecer o meio científico e levando em prática a aplicação das legislações trabalhistas pertinentes, por meio de uma maior participação do setor saúde nesse processo.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Samara Sousa Castro Brandão, Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos, Antonio Rodrigues Ferreira Júnior, Bianca Ianne Carlos Gonçalves, Maria Júlia Barbosa Muniz, Alisson Salatiek Ferreira de Freitas.

REFERÊNCIAS

1. Campos ML. Feminismo e movimentos de mulheres no contexto brasileiro: A constituição de identidades coletivas e a busca de incidência nas políticas públicas. *Rev Sociais & Humanas* [internet]. 2017 [acesso em 28 de maio 2019]; 30 (2): 35-54. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/27310>.
2. Nações Unidas no Brasil. Sistema de saúde público brasileiro é referência internacional, diz Banco Mundial. 2013. [Acesso em: 12 de Jan, 2014]. Disponível em: <http://www.onu.org.br/sistema-de-saude-publica-brasileiro-e-referencia-internacional-diz-banco-mundial>.
3. Ramalho KS, Silva ST, Lima SM, Santos MA. Política de Saúde da Mulher à Integralidade: Efetividade ou Possibilidade? *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fita* [internet]. 2012 [acesso em 28 de maio 2019]; 1 (1): 11-22. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/viewFile/462/198>.
4. Lüdke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1986.
5. Minayo MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
6. Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Rio de Janeiro, 1943. [Acesso em 11 de jan de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm.
7. Rimes KA, Oliveira MIC, Boccolini CS. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 20 de jun de 2018]; 53(10): 1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-10.pdf.
8. Canadá. Employment Insurance maternity and parental benefits. 2017. [Acesso: Jan de 10 de 2018]. Disponível: <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/ei/ei-list/reports/maternity-parental.html>.
89. France. Code du travail. 2019. [Acesso: 10 de jan de 2018]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006900897&dateTexte=&categorieLien=cid>.
10. Moçambique. Constituição da república. Código do trabalho; Lei n° 23/2007. Art. 10. 2007. [Acesso em: 12 de Jan, 2018]. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127550.pdf.
11. Portugal. Código do trabalho, Lei n° 7/2009. Dispõe a legislação do trabalho. 2009. [acesso em 03 de jan de 2018]. Disponível em: http://www.unl.pt/sites/default/files/codigo_do_trabalho.pdf.
12. Hou F, Margolis R, Haan M. Estimating Parental Leave in Canada Using Administrative Data. *Analytical Studies: Methods and References* [internet]. 2017 [acesso em 28 de jan de 2018]. Disponível: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-633-x/11-633-x2017009-eng.pdf?st=iuoYFwYL>.
13. Canadá. Health in the Americas. 2012. [acesso em 22 de jan de 2018]. Disponível: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=hia-2012-country-chapters-22&alias=121-canada-121&Itemid=231&lang=pt.
14. Muhajarine N, Ng J, Bowen A, Cushon J, Johnson S. Understanding the Impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: A Quantitative Evaluation. *Can J Public Health* [internet]. 2012 [acesso em 25 de jan de 2018]; 103 (Suppl. 1): S26-S31.
15. Moçambique. The World Bank. O banco mundial em Moçambique. 2017 [acesso em 22 de jan de 2018]. Disponível

em: <http://www.worldbank.org/pt/country/mozambique/overview>. Acesso em: 24 de Jan, 2018.

16. Britto DBO, Azevedo LL, Horta NC, Bernardes NO, Taitson PF, Alves VFN. Conhecimento, atitude e prática sobre promoção da saúde. *Enferm Rev.* [internet]. 2014 [acesso em 25 de jun de 2019]; 17(1): 79-82. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12794/10012>

17. Ndwigwa C, Warren CE, Ritter J, Sripad P, Abuya T. Exploring provider perspectives on respectful maternity care in Kenya: "Work with what you have". *Reprod Health* [internet]. 2017 [acesso em 27 de maio de 2019]; 14 (1): 1-13. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5567891/pdf/12978_2017_Article_364.pdf.

18. Uzoigwe AG, Low WY, Noor SNM. Predictors of Work-Family Role Conflict and Its Impact on Professional Women in Medicine, Engineering, and Information Technology in Nigeria. *Asia Pacific Journal of Public Health* [internet]. 2016 [acesso em 27 de maio de 2019]; 28(7): 629-637. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1010539516667782>.

19. Mattos AIS, Cordeiro TMSC, Araújo TM, Almeida MMG. Desigualdades de gênero: uma revisão narrativa. *Rev. Saúde. Com.* [internet]. 2015 [acesso em 27 de maio de 2019]; 11(3): 266-279. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/372/302>.

20. Organização Internacional do Trabalho (OIT). Trabalho e família: rumo a novas formas de conciliação com responsabilidade social. Brasília (DF): A organização, 2009.

21. Ministério do Trabalho (BR). Portaria MTB n. 3.296, de 03/09/1986. Autoriza as empresas e empregadores a adotar o sistema de reembolso-creche, em substituição à exigência contida no § 1º do artigo 389 da CLT. Brasília (DF): Casa Civil, 1986 [acesso em 20 maio 2019]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/>.

22. Otterbach S, Tavener M, Forder P, Powers J, Loxton D, Byles J. The effect of motherhood and work on women's time pressure: A cohort analysis using the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Scand J Work Environ Health* [internet]. 2016 [acesso em 22 de jun de 2019]; 42(6): 500-509. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27580244>.

23. Souza JP, Castro CP. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 16 de jun de 2019]; 30 (sup): s11-s13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf>.

24. Junqueira TL, Coelho ASF, Sousa MC, Louro NS, Silva PS, Almeida NAM. Gestantes que recebem informações de profissionais de saúde conhecem seus direitos no período gravídico-puerperal. *Rev Enferm Foco* [internet]. 2019 [acesso em 20 de mar de 2020]; 10 (4): 67-72. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2213/607>.

25. Santo CSOE, Araújo MAN. Vínculo afetivo materno processo fundamental à saúde mental. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 16 de jun de 2019]; 5(1): 65-73. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/831/593>.

26. Candido de Bortoli C, Poplaski JF, Balotin, PR. A amamentação na voz de puérperas primíparas. *Rev Enfermagem em Foco* [internet]. 2019 [acesso em 20 de mar de 2020]; 10(3):99-104. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1843>.

27. Sousa CJ, Vigo ZL, Palmeira CL. Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil. *Revista Enfermagem Contemporânea* [internet]. 2012 [acesso em 19 de jun de 2019]; 1(1): 44-58. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/831/593>.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO RIO GRANDE DO SUL

Magda Regina Dorr¹

<http://orcid.org/0000-0003-0276-9350>

Gabriella Barbosa Nadas¹

<http://orcid.org/0000-0001-5558-1453>

Celia Sapin Duarte¹

<http://orcid.org/0000-0001-5821-5432>

Cristiane Damiani Tomasi¹

<http://orcid.org/0000-0002-1813-765X>

Lisiane Tuon¹

<http://orcid.org/0000-0002-0809-0712>

Objetivo: analisar os atendimentos realizados na Central de Regulação de Urgência/SAMU do Estado do Rio Grande do Sul no período de 2016 e 2017, com foco no tempo resposta. **Método:** estudo observacional, descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. Foram coletados os dados sobre perfil do usuário, dia da semana, classificação de risco, tipo do agravo, tempo médio de atendimento às solicitações, quantitativo de desistência da solicitação e número de chamados não regulados por falta de equipes ou veículos. **Resultados:** o número de solicitações por motivos clínicos foi 53,8%, destes 51,6% foram média gravidade. A prevalência foi do sexo masculino e idade entre 18 e 29 anos. Em 84,7% dos chamados solicitou-se suporte básico. O tempo resposta total foi entre 30 minutos e 1 hora, maior que o recomendado de acordo com a média nacional, seja nas zonas urbanas ou rurais. **Conclusão:** Após analisar os atendimentos, percebe-se que o pior problema dos atendimentos é o tempo resposta, sendo necessário diminuir o mesmo das solicitações.

Descritores: Indicadores; Central de Regulação Estadual; Serviços Médicos de Emergência; Administração de Serviços de Saúde.

EMERGENCY MOBILE CARE SERVICE OF RIO GRANDE DO SUL

Objective: to analyze the attendances performed at the Emergency Mobile Care Service of the State of Rio Grande do Sul in 2016 and 2017, focusing in response time. **Method:** observational, descriptive and retrospective study with quantitative approach. Data were collected on user profile, day of the week, risk classification, type of grievance, average time to respond to requests, amount of withdrawal and number of calls not regulated due to lack of teams or vehicles. **Results:** The number of requests for clinical reasons was 53.8%, of these 51.6% were medium severity. The prevalence was male and aged between 18 and 29 years. In 84.7% of the calls, basic support was requested. The total response time was between 30 minutes and 1 hour, longer than recommended according to the national average, whether in urban or rural areas. **Conclusion:** After analyzing the calls, it is clear that the worst problem with the calls is the response time, and it is necessary to decrease the same of the requests.

Descriptors: Indicators; Central of State Regulation; Emergency Medical Services; Health Services Administration.

ANÁLISIS DE LLAMADAS DEL CENTRO DE REGULACIÓN EN RIO GRANDE DEL SUR

Objetivo: analizar las asistencias realizadas en el Centro de Regulación de Emergencias / SAMU del Estado de Rio Grande do Sul en 2016 y 2017, centrándose en el tiempo de respuesta. **Método:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con enfoque cuantitativo. Se recopilaron datos sobre el perfil del usuario, el día de la semana, la clasificación de riesgos, el tipo de queja, el tiempo promedio para responder a las solicitudes, la cantidad de retiros y la cantidad de llamadas no reguladas debido a la falta de equipos o vehículos. **Resultados:** El número de solicitudes por razones clínicas fue del 53.8%, de estas 51.6% fueron de gravedad media. La prevalencia fue masculina y de edades comprendidas entre 18 y 29 años. En el 84.7% de las llamadas, se solicitó soporte básico. El tiempo de respuesta total fue de entre 30 minutos y 1 hora, más de lo recomendado según el promedio nacional, ya sea en áreas urbanas o rurales. **Conclusión:** Después de analizar las llamadas, está claro que el peor problema con las llamadas es el tiempo de respuesta, y es necesario disminuir las mismas solicitudes.

Descritores: Indicadores; Central de Regulación Estatal; Servicios Médicos de Urgencia; Administración de los Servicios de Salud.

¹Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)

Autor Correspondente: Lisiane Tuon - E-mail: ltb@unesc.net

Recebido:20/10/2019 - Aceito:30/03/2020

INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um serviço do sistema único de saúde de atendimento pré-hospitalar móvel e é acionado por telefonia de discagem rápida (número 192), desta forma conhecido como SAMU 192.

No Brasil, as indagações que se referiam ao atendimento pré-hospitalar vieram a ser roteiros de debates na década de 1990 e o protótipo francês, com enfoque no médico regulador, foi empregado como referência norteadora. Nesse mesmo contexto, os policiais militares do corpo de bombeiros também deram início à qualificação em suporte pré-hospitalar, entretanto com base no sistema americano.⁽¹⁾ Em junho de 1998, foi divulgada a Portaria GM/MS 2923, que estabeleceu investimentos nos campos de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos.⁽¹⁾

O SAMU é estruturado mediante uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção às urgências, a qual é regida pela Política Nacional de Atenção às Urgências. Sua logística se dá por meio de um processo de regulação que ocorre por intermédio de Centrais de Regulação de Urgência (CRU).⁽¹⁾ As Centrais de Regulação de Urgência são observatórios privilegiados do Sistema de Saúde, pois tem o controle do gerenciamento dos fluxos de atenção às urgências, fazendo com que seja garantido o acesso universal aos afetados por agravos urgentes. São consideradas o eixo das políticas de urgência e emergência, e com base nisso, o Ministério da Saúde implementou a política pelo componente pré-hospitalar móvel.⁽¹⁾

No estado do Rio Grande do Sul (RS), no município de Porto Alegre, o programa SAMU foi implantado em novembro de 1995.^(2,3) Em 2003 o Estado do RS desenvolveu o projeto estadual para a implantação do serviço, assim, o programa implantado passou a se chamar SAMU/SALVAR-192, instituído pelo Decreto N 42.368, de 29/07/03. No RS atualmente existem cinco Centrais de Regulação Médica: Central Estadual, Central de Porto Alegre, Central de Pelotas, Central de Bagé, Central de Caxias do Sul e Vacaria.⁽⁴⁾

Historicamente, o nível de resposta do sistema de saúde às urgências e emergências é insuficiente, o que acarreta na superlotação das portas dos hospitais e pronto-socorro, mesmo quando a doença ou quadro clínico não é característica de um atendimento de emergência ou urgência.⁽⁵⁾ Em complemento a isto, segundo Silva e Nogueira⁽⁶⁾, no Brasil, entende-se como domínios deficientes do sistema de saúde, os de urgência e emergência, sendo caracterizados como áreas precárias do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização encontram-se pouco implementadas.

Considerando a magnitude da política e sua implantação recente, o presente estudo tem como objetivo o serviço da Central de Regulação de Urgência/SAMU do Estado do Rio Grande do Sul e traçar o perfil dos atendimentos realizados no período de 2016 e 2017, com foco no tempo resposta de tais atendimentos.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. Iniciou-se o trabalho com 315.271 dados fornecidos pelo SAMU RS de 2016 a 2017, mas devido aos critérios de exclusão, eliminou-se 34.517 dados por serem menores de 18 anos e 5.879 por terem o tipo de gravidade classificada como "Orientações". Foram utilizados 280.754 dados no final.

O estudo foi elaborado a partir do banco de dados disponibilizado pela Central de Regulação Estadual, localizada na cidade de Porto Alegre, que é a principal e a maior central de Regulação do Rio Grande do Sul que onde também se situa uma regulação municipal. A Central Estadual regula 161 bases de atendimento, 38 de Suporte Avançado (AS) e 187 de Suporte Básico (SB), que atendem a 276 municípios distribuídos na região metropolitana e nas demais regiões de saúde. Esta central utiliza o sistema TRUE como armazenamento de dados. A população em estudo consiste nos usuários que fizeram chamadas telefônicas com informações pertinentes aos dados obtidos pelo referido SAMU/RS, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.

Os dados foram fornecidos pela gerência da CRU SAMU/RS, conforme roteiro disponibilizado pelo sistema TRUE, em que foram coletados os dados sobre perfil do usuário, origem do chamado, horário de atendimento, classificação de risco, tipo e motivo do agravo, encaminhamentos médicos, tipo de veículo utilizado, chamados não regulados por falta de meios, ligações com desistência pelo solicitante.

Os critérios de inclusão são todos os registros das chamadas telefônicas com informações completas que aguardaram falar com o médico regulador. Os critérios de exclusão consistem nos registros das chamadas telefônicas que não possuem todas as informações necessárias para a pesquisa, ligações interrompidas e desistência de solicitações.

Para a análise estatística foi montado banco de dados a partir das informações fornecidas e processadas no software estatístico SPSS, versão 23.0 IBM®. As variáveis quantitativas foram apresentadas conforme a sua frequência relativa e sua porcentagem em relação ao total, conforme distribuição dos dados. Para análise de tabulação cruzada, utilizamos o índice de Kappa. Para todas as análises estatísticas, foi adotado o valor de $p < 0,05$ para indicar diferença estatisticamente significativa.

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de Aceite, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi aprovada pelo CEP-Parecer nº:2.539.250.

Tabela 01: Perfil epidemiológico das vítimas do SAMU-RS 2016-2017, (Rio Grande do Sul, 2019)

Variável	n (%)
Faixa etária	
18-29 anos	46730 (16,7)
30-39 anos	35527 (12,7)
40-49 anos	34860 (12,4)
50-59 anos	39626 (14,1)
60-69 anos	38815 (13,8)
70-79 anos	39155 (14)
Acima de 80 anos	45569 (16,3)
Total	280282 (100)*
Sexo	
Masculino	159285 (56,7)
Feminino	121459 (43,3)
Total	280744 (100)**

Fonte: Dados fornecidos através do banco de dados do SAMU. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total. *Dados omissos no sistema no total de 472. *Dados omissos no sistema no total de 10.

Na tabela 02 podemos observar que a grande maioria das ligações telefônicas recebidas pela Central de Regulação de Urgência (CRU) foram de chamados onde a equipe se deslocou e não teve sucesso no atendimento. Tal evento pode dar-se por inúmeros detalhes, como em 32,8% o paciente foi removido por outrem, 19,6% o paciente recusou atendimento e 10,5% o solicitante cancelou o atendimento. Sabe-se que todos estes deslocamentos poderiam ter sido evitados se houvesse mais agilidade no serviço e se a população fosse melhor instruída.

Tabela 02: Incidente local nas ocorrências do SAMU-RS 2016-2017 e o número de atendimento por CRS do SAMU-RS 2016-2017, (Rio Grande do Sul, 2019)

Variável	n (%)
Enviar apoio à missão	126(0,6)
Equipe já enviada	295(1,4)
Incidente desconhecido no local (trote)	649(3,1)
Localização não encontrada/inexistente	310(1,5)
Óbito	1999(9,4)
Paciente agressivo- equipe solicita cancelamento	216(1)
Paciente não está no local	2377(11,2)
Paciente recusa atendimento	4171(19,6)
Paciente recusa hospitalização	1528(7,2)
Paciente removido por outrem	6972(32,8)
Paciente removido pela policia militar	217(1)
SA	1(0)
SB	6(0)
Solicitante cancelou o atendimento	2225(10,5)
Troca de equipe	135(0,6)
Total	21227(100)*
Número de atendimento por CRS	
1ª CRS- Porto Alegre (Metropolitano)	66124(23,6)
2ª CRS- Porto Alegre (Metropolitano)	40348(14,4)
3ª CRS- Pelotas (Sul)	8106(2,9)
4ª CRS- Santa Maria (Centro-Oeste)	20938(7,5)
5ª CRS- Caxias do Sul (Serra)	17586(6,3)
6ª CRS- Passo Fundo (Norte)	16033(5,7)
8ª CRS- Cachoeira do Sul (Vales)	5579(2,0)
9ª CRS- Cruz Alta (Missioneira)	3424(1,2)
10ª CRS- Alegrete (Centro-Oeste)	16639(5,9)
11ª CRS- Erechim (Norte)	4706(1,7)
12ª CRS- Santo Ângelo (Missioneira)	11508(4,1)
13ª CRS- Santa Cruz do Sul (Vales)	14726(5,2)
14ª CRS- Santa Rosa (Missioneira)	6295(2,2)
15ª CRS- Palmeiras das Missões (Norte)	5823 (2,1)
16ª CRS- Lajeado (Vales)	8943 (3,2)
17ª CRS - Ijuí (Missioneira)	5141 (1,8)
18ª CRS - Osório (Metropolitano)	23150(8,2)
19ª CRS- Frederico Westphalen (Norte)	5636(2,0)
Total	280705(100)**

Fonte: Dados fornecidos através do banco de dados do SAMU. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total. SA: Suporte Avançado; SB: Suporte Básico. *Dados omissos no sistema no total de 259527. **Dados omissos no sistema no total de 49.

Referente a gravidade comprovada conforme tabela 03, foram classificados como média gravidade 135.025 (51,6%), gravidade indeterminada 52.826 (20,2%), baixa gravidade 46.214 (17,7%), severa gravidade 15.375 (5,9%), óbito 12.311 (4,7%). Dos 280.754 chamados telefônicos considerados válidos, 76,9% receberam despacho de ambulância. O despacho não ocorreu para a totalidade das ocorrências devido a dois motivos: a presença de ocorrências de baixo nível de gravidade que, segundo os critérios do SAMU, não apresentam necessidade de ambulância (16,3%) e o cancelamento do chamado pelo solicitante (6,6%), porque os pacientes já haviam sido removidos, seja por terceiros, meios próprios ou outros serviços, conforme tabela 03. A maneira pela qual as ocorrências percorrem as etapas do atendimento pré-hospitalar é diferente dependendo da prioridade atribuída a elas e pelo conceito de regulação médica das urgências utilizado no Brasil

Tabela 03: Trauma Score (TS) comprovado, gravidade comprovada, tipo de equipe e tempo resposta do SAMU-RS 2016-2017, (Criciúma, 2019).

Variável	n (%)
TS comprovada	
Clínico	140741(53,8)
Obstétrico	3676(1,4)
Psiquiátrico	32331(12,3)
Traumático	85053(32,5)
Total	261801(100)*
Gravidade comprovada	n (%)
Indeterminada	52826(20,2)
Pequena	46214(17,7)
Média	135025(51,6)
Severa	15375(5,9)
Óbito	12311(4,7)
Total	261751 (100)**
Tipo de equipe	n (%)
Aérea	5(0)
Indeterminada	3(0)
IR	165(0,1)
MT	231(0,1)
SA	42447(15,1)
SB	237897(84,7)
Total	280748 (100)***
Tempo respos	n (%)
0-5 minutos	32(0)
6-10 minutos	80(0,1)
11-15 minutos	203(0,1)
16-20 minutos	964(0,6)
21-30 minutos	11752(7,9)
30 minutos a 01 hora	92856(62,4)
Acima de 01 hora	42843(28,8)
Total	148730 (100)****

Fonte: Dados fornecidos através do banco de dados do SAMU. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total. *Dados omissos no sistema no total de 18953. **Dados omissos no sistema no total de 19003. ***Dados omissos

no sistema no total de 6. TS: Trauma Score; IR:intervenção rápida ; MT:motolancia ; SA: Suporte Avançado; SB: Suporte Básico. **** Dados omissos no sistema no total de 132024.

Observando-se o tempo de regulação dos chamados conforme tabela 03, fica entre 30 minutos e 1 hora em 62,4% das ocorrências e acima de 1 hora com 28,8%, sabendo-se que este tempo pode ter a influência dos transportes, que na maioria das regiões os pacientes são encaminhados para destinos mais longos.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos nessa pesquisa permitiram caracterizar a demanda e o processo de trabalho do SAMU/RS, trazendo elementos para a discussão sobre seu papel dentro do sistema de saúde do Estado.

O sexo masculino foi predominante na pesquisa com 56,7%. Este resultado com predominância masculina também foi encontrado em estudo, onde a maioria dos atendimentos foi prestada a usuários do sexo masculino, perfazendo 64.754 pessoas (55,22%), na faixa etária de 20 a 60 anos, correspondendo a 64.679 (55,62%).⁽⁷⁾

O maior número de atendimentos ao sexo masculino pode se relacionar ao fato de homens frequentemente recorrerem aos serviços em virtude de doenças agudas e casos de agilização de doenças crônicas já instaladas. As mulheres buscam outros serviços da rede de atenção, como a Atenção Primária à Saúde (APS), para realizar ações de prevenção. Por outro lado, homens tendem a delongar a procura por atendimento e se mostram resistentes a procurar os serviços de prevenção e promoção à saúde.⁽³⁾

Encontramos 16,3% de atendimentos acima de 80 anos. Dentre as condições de vulnerabilidade e risco levadas em consideração pelos médicos reguladores, está a faixa etária do paciente. O número de idosos no Brasil aumentou 700% desde 1960 a 2008, e há a projeção de que será o sexto país do mundo em número de idosos em 2020.⁽²⁾ Pacientes idosos compõe de 12 a 21% dos atendimentos em prontos socorros e utilizam mais frequentemente serviços de emergência que pacientes jovens. Eles possuem maior probabilidade de chegar ao pronto socorro por ambulância, de apresentarem maiores taxas de internação (33% a 50%) e de necessitarem de vaga de Unidade de Terapia Intensiva.^(8, 9)

A regulação apresenta-se, de início, fortemente associada ao nível pré-hospitalar móvel de urgência, inserida nas normas desse tipo de atenção - a Portaria No 824, de 24 de junho de 1999- como Regulação Médica das Emergências.⁽¹⁰⁾ Este, "em ação integrada com outros profissionais", comanda, orienta e inspeciona, presencialmente e

à distância, como informam os protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, a assistência às urgências. Reputa a presença de uma Central de Regulação, combinada a uma Central de Internações que possibilita ao médico regulador (MR) a orientação dos locais disponíveis e convenientes para as suas decisões frente às condições de urgência.

Das situações classificadas como Incidentes, em 32,8% delas o usuário havia sido removido em momento anterior à chegada da equipe na cena, o que pode indicar que o solicitante ou a família decidiram não aguardar a equipe do SAMU. Somado a isso, 10,5% dos incidentes foram classificados como cancelados, o que também pode ser indicativo de desistência do atendimento. Cabe aqui ressaltar a dúvida do por que 10,5% dos atendimentos foram cancelados, estes dados podem ser de mal atendimento da Central de Regulação de Urgência (CRU), Médico regulador não conseguiu orientar de forma adequada, os pacientes esperaram por muito tempo e resolveram não aguardar o SAMU, ou sabe-se também índice elevados de trotes no SAMU.

A decisão por não aguardar equipe e remover de outras formas pode estar apoiada na percepção do solicitante, família ou usuário que julgam demora na chegada da equipe. Para aqueles que aguardam pelo socorro, a sensação do tempo, invariavelmente parece ser superior ao tempo real, permeado pela angústia e ansiedade que fazem parecer ainda mais prolongado o tempo.⁽²⁾ Isso acarreta em uma percepção ruim ao sistema público de saúde, tanto pelos pacientes quanto familiares, que preferem optar por não aguardar a equipe devido à demora, falta de confiança no sistema e sensação de abandono. Outros SAMU do Brasil usam a mesma classificação de incidente. Em Juazeiro (BA), identificou-se que em 2,8% dos chamados feitos a esse serviço, os usuários haviam sido removidos por terceiros, enquanto que em Palmas (TO) 11% das saídas, não geraram atendimentos e os motivos foram classificados como trotes, cancelamentos ou remoção por terceiros.^(11,12)

A Macro Metropolitana absorveu, conforme os dados quase metade dos atendimentos (46,2%) devido ao maior número de municípios que ela abrange e, no total, maior número populacional. Cabe ressaltar, conforme estudo, a implantação das centrais reguladoras é de fundamental importância para a efetiva e eficiente prestação dos serviços, além disso, também salientam os autores, o ato de regular é prerrogativa do médico, altamente dependente das condições estruturais das CRU e do seu conhecimento e capacidade de mobilização dos recursos e regras cabíveis.⁽¹³⁾

Os chamados clínicos tiveram predominância com

140.741 (53,8%) conforme tabela 03, seguidos dos traumáticos com 85.053 (32,5%). A predominância de quadros clínicos indica pacientes e familiares com assistência na APS comprometida. É indispensável ressaltar que a ausência ou a dificuldade de acesso à assistência nas incumbências de atenção primária, a não reparabilidade dessa assistência, e a ausência de possibilidade da contra referência do enfermo para o prosseguimento ambulatorial, levam os usuários com queixas crônicas e sociais a buscarem por atendimentos em unidades de urgência como admissão primária do sistema de saúde.

Diversos estudos já demonstraram que as ocorrências classificadas com determinantes de baixa prioridade consistem de pacientes de baixa gravidade clínica e que não possuem condições tempo dependentes, apresentando baixa prioridade no despacho de ambulância.^(2,3,11,13) Um estudo realizado num centro urbano avaliou as ocorrências graves e detectou que 99% dessas ocorrências não apresentava critérios considerados de alta gravidade (como administração de medicamentos, transporte realizado com sirene ligada e luzes acesas, entre outros).

⁽²⁾ Estes estudos concluem, portanto, que os protocolos são seguros para essas ocorrências, ou seja, não são pacientes com gravidade clínica elevada. Nenhum deles, porém, concluem ou recomendam que estes casos não necessitam de atendimento pré-hospitalar.

Em relação aos atendimentos de urgência, o SAMU não está sendo ágil o suficiente segundo os critérios da população, que utiliza outros meios para resolver sua solicitação de ajuda ao SAMU. A fim de avaliar eficiência do sistema de Atendimento Pré Hospitalar (APH) prestado pelo SAMU RS, é necessário lançar um olhar crítico ao processo de trabalho da equipe que atua na CRU. Em Tocantins foi identificado que 11% das ocorrências não receberam despacho de ambulâncias por motivos de trote, cancelamento pelo solicitante, removido por bombeiros, policiais ou terceiros.⁽¹²⁾ O estudo realizado em Santa Catarina, demonstrou que dentre os cinco motivos para o não despacho de ambulância, o mais significativo foi "remoção da vítima" (por terceiros, meios próprios, Corpo de Bombeiros ou pela Polícia Militar).⁽¹⁴⁾ Em Porto Alegre, 3,5% das ambulâncias despachadas não encontraram o paciente no local, pois a vítima já havia sido removida.⁽²⁾

Nos atendimentos de urgência por unidades móveis predominaram as USB, com 84,7%, conforme tabela 03. Estas unidades são equipadas para realizar o primeiro atendimento às urgências e contam com técnico de enfermagem e condutor/socorrista, que intervém por meio de medidas não-invasivas sob orientação de médicos das

centrais de regulação.⁽¹⁵⁾

Foi possível identificar na literatura internacional que os países desenvolvidos utilizam entre 8 e 20 minutos como tempo resposta ideal.⁽²⁾ Diante da inviabilidade econômica de prover este tipo de resposta a totalidade das ocorrências, os países estabelecem que este tempo resposta deve ser direcionado a pacientes com condições clínicas que ameaçam a vida, com alto risco de morte (trauma grave, Parada Cardio Respiratória, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, entre outros). A medida utilizada são utilizadas as metas de 75%, 90% e 95% dos pacientes atendidos abaixo do tempo resposta estabelecido.^(2,14) Este é o caso do Reino Unido, onde a meta é atender 75% dos casos de alto risco dentro de 8 minutos e 95% dentro de 19 minutos. No SAMU Porto Alegre (SAMU POA), foram atendidas 75% das ocorrências consideradas severas em 23,8 minutos.⁽²⁾

No SAMU POA, em estudo identificou-se que ele tem como tempo resposta mediana de 19 minutos e terceiro quartil de 2,1 horas para o total das ocorrências.⁽²⁾ Em relação a natureza das ocorrências, o SAMU POA teve como tempo resposta mediana de 18 minutos e terceiro quartil de 26 minutos para ocorrências traumáticas e 20 e 28 minutos para ocorrências clínicas (diferenças estatisticamente significativas). Apesar das ocorrências severas apresentarem um tempo resposta menor em relação as ocorrências de gravidade pequena e média, a diferença não foi estaticamente significativa. A similitude dos tempos resposta entre os níveis de gravidade sugere dois tipos de cenário: ou CRU do SAMU POA possui recursos suficientes para a demanda, fazendo com que não haja fila de espera para o despacho de ambulâncias, ou não há um critério de priorização evidente utilizado pelos médicos.

Neste interim, o SAMU, sem capacidade de arbitrar sobre as diferentes portas do sistema, inclui pacientes que se adequam a sua oferta: atendimento pré-hospitalar de qualidade a pacientes com risco iminente de morte e transporte qualificado de pacientes com necessidade de intervenções hospitalares. É questionável sua capacidade de responder às necessidades de saúde da população e atuar de forma integrada com a rede de atenção à saúde.

Contribuição para a Prática

Como contribuição para a prática do estudo, o tempo resposta contribui para que as Centrais de Regulação aperfeiçoem suas respostas aos chamados e planejem políticas que estruturam melhor os serviços de regula-

ção. Ao trabalharem com o tempo resposta para atendimento de pessoas em risco, sem tal regulação, número suficiente de profissionais qualificados, sem a quantidade de veículos ideal e hospitais acessíveis com leitos suficientes, tem-se a fatalidade de vítimas por motivos de fragilidade da rede.

Se a cada três anos tivessem estudos de levantamento de dados do SAMU, saberíamos os pontos positivos e negativos, fragilidades e potencialidades dos atendimentos e demandas, funcionalidade do serviço e monitoramento. Com isso posto, teríamos como base esse estudo para melhorar e qualificar os serviços em prol ao benefício da população.

Limitações do Estudo

Uma das maiores limitações do estudo foi o banco de dados. Houve falta de dados, incoerência nas respostas, falta de padronização e inconsistência de informações. Falta um banco mais atualizado, mais fidedigno, no qual informações adequadas são necessárias para que se tenha melhores resultados com a equipe.

Sugere-se novo estudo que compare as centrais de regulação de outros estados com a do Rio Grande do Sul. Sugere-se também a possibilidade de realizar tal estudo de forma periódica, para que possa avaliar melhora ou declínio na qualidade do serviço. Além disso, sugere-se que pesquisas de tal caráter tenham incentivo do governo e seus resultados sejam de domínio público.

CONCLUSÃO

Por fim, conclui-se que a pesquisa cumpriu o objetivo a que se propôs, na medida em que expõe e analisa os atendimentos realizados pela CRU/SAMU do estado do RS, durante o período de 2016 e 2017. Dentre todos os dados levantados, o grande problema da Central de Regulação/RS é a questão do tempo resposta, sendo que sua falha acarreta em óbitos ou sequelas irreparáveis aos usuários. Conclui-se que tal central ainda não está preparada para trabalhar como atendimento de urgência e emergência e que medidas públicas, como maior investimento, mais equipes e melhora da estrutura física das ruas, devem ser tomadas diante tal situação para que seja fornecido um serviço adequado a população brasileira.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

Todos os autores responsáveis pelo presente artigo participaram das etapas de coleta de dados, elaboração e finalização do artigo.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção especializada, Regulação médica das urgências. Brasília (DF), 2006 [citado em 2017 jul. 22]. Disponível em: http://bvsmms.Saude.gov.br/bvs/publicações/regulação_medica_urgencias.pdf.
- 2 Ciconet RM. Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência. Tese (doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003 [citado em 2017 abr. 12]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129481/000976890.pdf?sequence=1>.
- 3 Oliveira EA. Otimização da localização das bases de operação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/BH através do uso de técnicas de geoprocessamento. Caminhos de Geografia jun/2008 [citado em 2017 jul. 13]; 9(26):133-45. Disponível em: <http://www.ig.ufu.br/revista/caminhos.html>
- 4 Ministério da Saúde (BR). (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul). Saúde e você, 2013 [citado 2013 ago. 19]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/394/?como_funciona_a_regula%C3%A7%C3%A3o_do_SAMU%3F
- 5 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília 06 nov 2002.
- 6 Silva NC, Nogueira LT. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. Cogitare Enfermagem. [S.I.], Jul/Set. 2012 [citado em 2018 set. 13]; 17(3):471-7. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29287/19037>
- 7 Tibaes HBB, Silva DM, Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais. J Res: Fundam Care Online, 2018 [citado em 2017 abr. 09]. Jul./Set. 10(3): 675-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.675-682>
- 8 Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Annals of Emergency Medicine. 2002 [citado em 2017 set. 05]; 39(3): 238 - 47. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/mem.2002.121523>
- 9 Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older Patients in the Emergency Department. Annals of Emergency Medicine. 2010 [citado em 2017 dez. 13]; 3(56):261 - 9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.04.015>
- 10 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 824, de 24 de junho de 1999. Aprova o texto de normatização de atendimento pré-hospitalar, constante do anexo desta portaria. Diário oficial [da] república federativa do Brasil. Brasília 25 jun 1999.
- 11 Rocha EGA, Moraes AC, Benevides TO. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) no município de Juazeiro (BA): principais especialidades demandadas. Rev Baiana Saúde Pública. 2012 [citado em 2018 jan. 22]; 36(4): 1041-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-25-1-51.pdf>
- 12 Pitteri JSM, Monteiro PS. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009. Com Ciênc Saúde. 2010 [citado em 2017 nov. 14]; 21(3):227-36. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/caracterizacao_servico_atendimento_movel.pdf
- 13 O'dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado em 2017 ago. 07]; 33(7):e00043716. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en.
- 14 Luchtemberg MN, Pires DEP. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. Rev Bras Enferm [online]. 2016 [citado em 2018 fev. 19]; 2(69):194-201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690202i>
- 15 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 1.600, 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 08 jul 2011.
- 16 Lira FB, Ulle CMS, Mattos M. Acidentes motociclisticos e ações educativas no trânsito em município do estado de Mato Grosso. Enferm Foco. 2019 [citado em 2020 mar. 17]; v(3). DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2013>.
- 17 Acosta AM, Pelegrini AHW, Lima MADS. Percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. Enferm Foco. 2011 [citado em 2020 mar. 17]; 2 (2): 141-44. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.114>.

CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS RELACIONADOS A PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Janaina Souza de Liz¹ <https://orcid.org/0000-0002-3950-6872>
Pollyana Bortholazzi Gouvea² <https://orcid.org/0000-0002-5183-828X>
Adriano da Silva Acosta² <https://orcid.org/0000-0001-5248-3516>
Juliana Vieira de Araújo Sandri¹ <https://orcid.org/0000-0002-0606-350X>
Dagoberto Mior de Paula¹ <https://orcid.org/0000-0001-5992-0221>
Silmara Costa Maia¹ <https://orcid.org/0000-0002-2096-2878>

Objetivo: Conhecer a percepção da equipe multiprofissional acerca dos cuidados relacionados às medidas de prevenção a pneumonia associada à ventilação mecânica. **Método:** Tratou-se de um estudo descritivo, qualitativo em que participou a equipe multiprofissional atuante em Unidade de Terapia Intensiva. **Resultados:** Totalizaram 20 profissionais. Verificou-se que a equipe multiprofissional detém conhecimento de medidas preventivas, sendo que a equipe de enfermagem refere o fisioterapeuta como protagonista neste processo. Percebeu-se ainda que o enfermeiro possui papel fundamental na manutenção do cuidado perante a equipe multiprofissional. **Conclusões:** O estudo permitiu identificar que a equipe multiprofissional demonstra conhecimento acerca das medidas preventivas relacionadas a pneumonia associada a ventilação mecânica, bem como os profissionais buscam atuar de forma contínua para melhorias na qualidade da assistência prestada, visando garantir a segurança do paciente.

Descritores: Infecção Hospitalar; Enfermagem; Controle de Infecções.

MULTIPROFESSIONAL CARE RELATED TO PREVENTION OF PNEUMONY ASSOCIATED WITH MECHANICAL VENTILATION

Objective: To know the perception of the multidisciplinary team about the care related to the prevention measures against ventilator-associated pneumonia. **Method:** This was a descriptive and qualitative study in which the multiprofessional team working in Intensive Care Unit participated. **Results:** Totaled 20 professionals. It was found that the multiprofessional team knows some preventive measures, however nursing refers to the physical therapist as a protagonist in this process. It was also noticed that the nurse has a fundamental role in maintaining care before the multiprofessional team. **Conclusions:** The study showed that the multiprofessional team demonstrates knowledge about the preventive measures related to ventilator-associated pneumonia, as well as the professionals seek to act continuously to improve the quality of care, aiming to ensure patient safety.

Descriptors: Hospital Infection; Nursing; Infection Control.

ATENCIÓN MULTIPROFESIONAL RELACIONADA CON LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción del equipo multidisciplinario sobre la atención relacionada con las medidas de prevención contra la neumonía asociada al ventilador. **Método:** Este fue un estudio descriptivo y cualitativo en el que participó el equipo multiprofesional que trabajaba en la Unidad Intensiva. **Resultados:** totalizaron 20 profesionales. Se encontró que el equipo multiprofesional conoce algunas medidas preventivas, sin embargo, la enfermería se refiere al fisioterapeuta como protagonista en este proceso. También se notó que la enfermera tiene un papel fundamental en el mantenimiento de la atención ante el equipo multiprofesional. **Conclusiones:** El estudio mostró que el equipo multiprofesional demuestra conocimiento sobre las medidas preventivas relacionadas con la neumonía asociada al ventilador, así como que los profesionales buscan actuar continuamente para mejorar la calidad de la atención, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente.

Descriptor: infección hospitalaria; Enfermería; Control de infecciones.

¹Universidade do Vale do Itajai

²Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade do Vale do Itajai

Autor Correspondente: Pollyana Bortholazzi Gouvea - Email: gbpollyana@gmail.com

Recebido: 07/10/2019 - Aceito: 30/03/2020

INTRODUÇÃO

Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a infecção que ocorre 48 horas após a intubação e/ou 72 horas após a extubação, cujos agentes etiológicos não estavam presentes no período da admissão do paciente. Surge como uma infecção que comumente acomete pacientes críticos ventilados mecanicamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁽¹⁾.

Dados epidemiológicos evidenciam que PAV apresenta incidência entre 10 e 30% do total de pacientes internados na UTI. Ainda, está associada a hospitalização prolongada, aumento dos custos com cuidados de saúde e mortalidade de 8,1% a 31,9%, representando um desafio terapêutico⁽²⁾.

Sob esta ótica a equipe multiprofissional exerce papel fundamental no que diz respeito à prevenção das infecções no ambiente hospitalar, o que implica na adoção de medidas preventivas padronizadas, treinamento de equipes, educação continuada no processo assistencial com vistas a evitar falhas neste processo, uma vez que a PAV é de origem infecciosa com diagnóstico multicausal⁽³⁾.

Assim, justifica-se a importância e relevância da presente pesquisa, que se propõe a compreender a percepção da equipe multiprofissional em relação as medidas de prevenção a PAV, tornando possível a compreensão do processo de trabalho das equipes neste escopo, além de permitir identificar as práticas que otimizam a prevenção de PAV e que podem fortalecer ainda mais a assistência de enfermagem prestada a pacientes críticos.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, qualitativo, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público municipal da região do Vale do Itajaí/SC. Os participantes foram enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas atuantes na UTI. As demais categorias profissionais da área da saúde e que atuam na UTI foram convidadas a fazer parte da pesquisa, no entanto optaram por não participar. A coleta foi realizada por meio de entrevistas, utilizando-se um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas. Todas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Procedeu-se a análise qualitativa a luz do referencial proposto de Bardin⁽⁴⁾ e organizada em etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) Categorização dos dados.

Todo processo possibilitou a criação da categoria "O trabalho da equipe multiprofissional na prevenção da PAV", com as subcategorias: "O papel do enfermeiro e sua equipe", "O papel do fisioterapeuta", e, a segunda categoria: "As práticas e relações que impactam na prevenção de PAV".

Esta pesquisa teve início após aprovação do Comitê de

Ética em Pesquisa CEP/UNIVALI, sob parecer 2.320.124 e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Totalizaram 20 sujeitos de pesquisa. Destes, 20% (4) fisioterapeutas, 25% (5) enfermeiros e 55% (11) técnicos de enfermagem. Quanto ao tempo de formação, a média foi de 9,65 anos e o tempo de atuação nas UTI variou de 2 meses a 18 anos, com média de 5,68 anos, 45% (9) referiu não ter especialização. Já dentre os especialistas, a maior parte se concentrou nas áreas de: UTI 43% (7), Urgência e Emergência 12% (n=2), Enfermagem do Trabalho 12% (2), Atenção Básica e Gestão de Pessoas 6% (1), Fisioterapia Hospitalar; quatro dos entrevistados referiram ter duas especializações, sendo: UTI e Urgência e Emergência 50% (2), UTI e Acupuntura 25% (1). Todos os participantes relataram ter a preocupação em relação as medidas de prevenção de IRAS, principalmente a PAV.

A seguir serão descritas as categorias que foram construídas conforme dados emergidos das entrevistas.

Categoria I - O trabalho da equipe multiprofissional na prevenção da PAV

Observou-se que o trabalho em equipe multiprofissional está fortalecido na UTI em que a pesquisa foi realizada, como apontado nas falas:

"é praticamente impossível a gente ver um bom andamento de UTI sem que uma equipe multiprofissional não esteja muito bem alinhada, muito bem conversado, muito bem com as rotinas, muito bem desenvolvidas e aplicadas no paciente precisa ser bem multidisciplinar." (F4)

No que tange o trabalho da equipe multiprofissional, foi identificada a importância da atuação e da responsabilização de todos no cuidado aos pacientes:

[...]cada um tem seu conhecimento eu acho que todo mundo ajuda junto, [...] (T5)

Foi possível perceber a relação entre o bom andamento dos cuidados com a união entre a equipe, o trabalho em equipe, a comunicação efetiva e as relações interpessoais:

[...]“eu acho que a equipe é muito importante nessa hora, eu acho que a maior vantagem que a gente tem é a equipe se comunicar” (F2)

Verificou-se, também, que uma estratégia utilizada pela equipe foi a visita multiprofissional beira leito, chamadas de "rounds". Estes foram descritos como positiva troca de saberes entre diferentes categorias, visto que utilizam deste

momento para discutir e propor em conjunto alternativas de cuidados, como também aplicação e verificação dos *checklists* e protocolos instituídos no setor.

“Eu acho importante os rounds multiprofissionais, que daí tem CCIH, o fisioterapeuta, enfermeiro, médico, nutricionista que falam e discutem tudo que está acontecendo eu acho bem importante esta conversa multiprofissional.” (F1)

“É importante a avaliação... é sempre multiprofissional [...] o olhar multiprofissional dá muito muita diferença [...] (F4)

Subcategoria Ia - O papel do enfermeiro e sua equipe na prevenção da PAV

Percebeu-se que o enfermeiro possui papel fundamental na prevenção de PAV para a equipe:

“As Enfermeiras... elas cobram muito eu acho que é bem valido essa cobrança, porque ajuda a não dar infecção cruzada é porque a gente fica um pouco se sentido culpado sabendo que vai passando um para o outro, dar de presente um bichinho para alguém que não tem né.” (T10)

Dentre os cuidados mais citados, inclui-se práticas rotineiras da equipe de enfermagem que visam a prevenção de PAV:

“[...]higiene oral que é uma coisa que eu geralmente não faço, que é o pessoal da enfermagem que faz, mas que eu acho que é muito importante, tanto quanto a aspiração assim [...] (F2)

“A mudança de decúbito é sempre a equipe de enfermagem, posicionamento mais adequado se o paciente está desconfortável a gente troca até que ele fique melhor, a gente troca vira pra e pra cá, da nossa parte é isso.” (E2)

“nosso cuidado da enfermagem é essa rotina de decúbito, verificação de temperatura”(E4)

Ainda no contexto do trabalho da enfermagem que envolve os cuidados a PAV, observamos que também atuante neste processo de controle e supervisão está a enfermeira da CCIH, sendo vista como um complemento do cuidado e das práticas preventivas, contribuindo com devolutivas e dados que podem mensurar as IRAS e por consequência permitir uma análise em relação aos cuidados prestados:

“A gente tem a nossa CCIH diariamente aqui dentro, a nossa enfermeira da CCIH, a gente realiza a rotina de swabs que é oral, nasal e retal as amostras de hemocultura que a gente faz conforme a necessidade” (E4)

Subcategoria Ib - O papel do fisioterapeuta na prevenção da PAV

Descobriu-se que o fisioterapeuta é um dos membros da equipe multiprofissional de maior destaque pela equipe, pois consideram este profissional quem fornece os cuidados essenciais aos pacientes no que se diz a respeito da terapia ventilatória:

A gente tem a “fisio” o tempo todo, acho que “fisio” tem um papel bem importante dentro da UTI porque eles tem esse manejo maior em relação as vias aéreas enfim [...]” (E2)

“Sempre quando precisa a gente chama o fisioterapeuta para avaliar a respiração do paciente se ele está respirando bem ou não, a saturação como está.” (T2)

Identificou-se, também, que os profissionais de enfermagem e fisioterapia identificam a importância de ambos:

“acho que os fisioterapeutas tinham que ficar com a gente o plantão inteiro, [...] a gente cuida de dez pacientes as vezes estamos em três ou quatro técnicos é bem complicado a gente cuidar de todos os dez há precisa aspirar, precisa cuidar de todos os dez, entendeu [...] quando eles estão é uma ajuda a mais nessa parte, que eles aspiram eles ajudam entendeu.” (T2)

“...o fato da gente ter um fisioterapeuta na UTI é um diferencial aqui na região.” (E1)

Observou-se que a Enfermagem perdeu parcialmente seu papel no cuidado a pacientes em ventilação mecânica, pois para a equipe de enfermagem, os cuidados de via aérea artificial são direcionados apenas a fisioterapia:

“Olha a gente aspira, normalmente a primeira aspirada sempre é da fisioterapeuta, mas quando a gente chega o paciente está secreto gente aspira, faz a mudança de decúbito, já faz higiene oral, todos os cuidados integrados à prevenção [...]” (T6)

“A fisioterapia é muito importante, a fisioterapia ventilatória respiratória que eles fazem e o nosso cui-

... dado da enfermagem é essa rotina de decúbito, verificação de temperatura.” (E4)

“É o “físio” a pessoa indicada para essa situação ele realmente é o responsável por essa terapia dos tubos dos pacientes [...] (T11).

Categoria II - As práticas e relações que impactam na prevenção de PAV

A efetividade das práticas de prevenção a PAV está relacionada a adesão aos protocolos e pacotes de medidas:

“Acho que são todas efetivas desde que aconteçam de fato, eu acho que a cabeceira elevada, a cedestação a gente consegue colocar o paciente sentado, mesmo no tubo e isso acontece dentro da UTI.” (E2)

Outro ponto em destaque é a efetividade das intervenções baseadas em conhecimento científico:

“A gente tenta ter respaldo científico né, então, não adianta a gente ficar pensando ah eu vou implementar isso na minha rotina para ver se vai dar certo.” (F4).

“elas são efetivas porque elas dão segurança né a checagem periódica te dá né segurança de como você está manejando o paciente.” (F1)

Ainda, foi destacado como ponto importante para boa execução das práticas, atividades relacionadas à educação da equipe, no sentido de aprimoramento profissional:

“Não tem outro caminho que não seja a capacitação da equipe, [...] Isso a gente só consegue com uma boa capacitação que tem que ser frequente, de modo que as pessoas entendam a necessidade e a importância da prevenção antes do tratamento.” (E1)

“A equipe toda tem acesso a um programa de capacitação dos funcionários em relação a isso, [...], mas os coordenadores e educação permanente precisa “tá” o tempo todo em cima, porque é tudo muito dinâmico as vezes o que mês passado a gente acreditava que era verdade no outro mês já não é mais verdade então é uma coisa que é que está em constante mudança e a capacitação dos colaboradores em relação a isso” (F4).

DISCUSSÃO

Para Nogueira e Rodrigues⁽⁵⁾, o trabalho em equipe em saúde é visto como impulsionador de transformações sendo que a comunicação efetiva é o ponto chave para a qualidade dessas transformações, além de resultar em uma maior produtividade por parte da equipe multidisciplinar.

Desta forma, pode-se perceber que a junção entre as práticas e os saberes profissionais são possíveis através do trabalho em equipe porque, além de propiciar a construção dos consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados, proporciona a maneira mais adequada de alcançá-los⁽⁶⁾.

Neste sentido, pode-se perceber que os *rounds* foram relacionados como algo positivo pela equipe por oportunizar uma comunicação de forma efetiva entre os profissionais envolvidos na assistência ao paciente, contribuindo também para a continuidade dos cuidados e melhora do relacionamento entre os membros da equipe multiprofissional.

Verificou-se, ainda, que trabalhar em equipe foi visto de uma forma muito positiva entre profissionais, sendo que todos os participantes relataram que o trabalho em equipe foi uma das formas mais eficientes para realização das práticas preventivas da PAV.

A equipe multiprofissional possui papel essencial em relação a prevenção de infecção no ambiente hospitalar, pois está diretamente ligada a adesão de medidas de prevenção padronizadas, bem como treinamentos da equipe e educação continuada no processo assistencial visando evitar falhas neste processo, haja vista que a PAV é de origem infecciosa com diagnóstico multicausal⁽⁷⁾.

Sob esta perspectiva do trabalho realizado junto a equipe multiprofissional, percebeu-se que, para todos os participantes, a enfermagem influencia na realização dos cuidados focados na prevenção de PAV, uma vez que o maior contato com os pacientes é da equipe de enfermagem, ou seja, a enfermagem tem participação essencial nos processos que se destinam a garantir e melhorar a qualidade da assistência prestada e, explorando mais a atuação do enfermeiro especificamente, percebemos que está intimamente ligada ao controle e supervisão das práticas preventivas, sendo estas consideradas um meio para manter a qualidade da assistência prestada.

O enfermeiro quando planeja, executa, delega, capacita sua equipe, educa o usuário, articula-se com outros profissionais e quando ele prevê e provê recursos sejam humanos ou materiais, ele está participando ativamente do cuidado⁽⁸⁾. Neste sentido, o enfermeiro representa um dos profissionais que mais se responsabiliza pela organização do ambiente, a partir da competência que tem para introduzir técnicas que assegurem, a redução das agressões microbianas e, por ter

um convívio direto e rotineiro com os pacientes, desempenha um papel fundamental na prevenção e controle desses eventos⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Essa preocupação do enfermeiro pode estar relacionada com a própria profissão, uma vez que dentre as atividades que lhe cabem privativamente, está a prevenção e o controle de infecção hospitalar e doenças transmissíveis. Logo, no contexto da PAV, entende-se que cabe ao enfermeiro exercer sua autonomia, incluindo o planejamento de uma assistência que possa contribuir para neutralizar os eventos adversos e contribuir para a qualidade da assistência⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Ainda, percebeu-se que toda a equipe visualiza o fisioterapeuta como o profissional mais apto e responsável pelos cuidados diretos relacionados à ventilação mecânica e pela execução das medidas de prevenção a PAV, principalmente no que se refere a aspiração das vias aéreas.

Porém, segundo a RDC nº 7/2010 da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA)⁽¹¹⁾, tanto a fisioterapia como a enfermagem são membros permanentes na equipe multiprofissional das UTI. E, ainda, a Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia nº 402/2011 determina os cuidados da fisioterapia na terapia intensiva, tais como: "Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório do paciente crítico ou potencialmente crítico", como também "Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar"^(12, p.2).

Desta forma, o serviço de fisioterapia se refere a uma alternativa terapêutica que atua na prevenção de complicações pulmonares, buscando o restabelecimento precoce da função pulmonar. Para tanto, são realizadas diversas técnicas incluindo exercícios de padrões respiratórios, deambulação precoce, cinesioterapia, posicionamento e estímulo à tosse, além das técnicas como a vibrocompressão (VC), a hiperinsuflação manual (HM) e a hiperinsuflação pelo ventilador mecânico (HV). Sendo assim, são utilizadas com o propósito de reduzir os riscos de complicações pulmonares, colaborando para o aumento das capacidades pulmonar e residual funcional, e por consequência menores índices de atelectasias^(13, 14).

No entanto, é importante que a enfermagem se fortaleça enquanto profissão ordenadora do cuidado para que assim, todos os profissionais (cada um desempenhando seu papel) trabalhem juntos e focados na melhoria da qualidade da assistência prestada. Ainda no que tange a enfermagem, é importante destacar que não cabe ao enfermeiro somente o planejamento da assistência, mas sim a execução de técnicas voltadas a prevenção da PAV.

Sob esta lógica, em 2017, o COFEN instituiu a Resolução nº 0557, a qual normatiza a atuação de equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias Aéreas e nesta

resolução é descrito que pacientes submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia, independentemente do local de internação, deverão ser submetidos a aspiração das vias aéreas, a qual deverá ser executada privativamente pelo Enfermeiro⁽¹⁵⁾.

Diante deste cenário, o que observamos é a necessidade de harmonização das ações entre ambas categorias profissionais, haja vista que cada conselho profissional determina o que cabe a cada profissão e, sob esta lógica, acredita-se que esta harmonização pode acontecer primeiramente pelo diálogo entre os profissionais e a partir disso estabelecer protocolos e rotinas que delimitem a atuação de enfermeiros e fisioterapeutas, considerando a complexidade de atendimento que compete a cada um, evitando conflitos e garantindo melhor assistência ao paciente em UTI.

Cabe salientar que para o alcance da assistência qualificada e diminuição nos fatores de risco da PAV, é essencial que as práticas sejam efetivamente realizadas de forma conjunta e em conformidade com o que é preconizado, pois somente desta forma o impacto será realmente positivo para o paciente em VM.

Nesta direção, foi possível perceber que as práticas realizadas pela a equipe multiprofissional estiveram diretamente relacionadas aos protocolos institucionais, inclusive para nortear os cuidados realizados com o paciente em VM, pois por meio das falas dos participantes, identificamos que os protocolos são transformados em "*checklist*" e "*Bundles*", os quais facilitam a aplicação das práticas de prevenção à PAV, sistematizando a comunicação e os cuidados prestados, auxiliando na realização de rotinas complexas, aumentando a segurança, otimizando o tempo da equipe e assim, trazendo maior segurança e alinhando o processo de cuidado.

Ainda, ao levar em consideração que a etiologia da PAV é multifatorial, isto é, para que haja o controle efetivo desta patologia é indispensável que os profissionais sejam capazes de identificar os fatores de risco, e assim participarem e desenvolverem a prevenção de forma conjunta e simultânea. Neste sentido, a qualidade do conhecimento dos profissionais é algo preocupante no sentido de prevenção a PAV⁽²⁾.

Assim, acredita-se que as estratégias educacionais surtem como uma maneira de integração processos-equipe, as quais devem preconizar metodologias diversificadas como treinamentos presenciais, aula prática e com simulações, discussão da prática à beira do leito, *feedback* dos indicadores com debates conjuntos de medidas preventivas.

Ao discorrer sobre a educação como produtor de impacto na segurança do paciente, torna-se nítida a relação que há entre a educação e a redução de riscos provenientes da ação do cuidado. Desta forma, consideramos que a educação é uma ferramenta indispensável na prevenção de infecções.

Contribuições para a Prática

Acredita-se que esta pesquisa possa trazer subsídios para a melhoria da assistência prestada, uma vez que se atenta para necessidade de ações multiprofissionais na prática diária, assim como treinamentos e atualizações educativas em serviço. Neste sentido as práticas educativas devem possuir caráter permanente e contínuo, configurando-se como ferramentas eficientes para o alcance da efetividade das práticas de prevenção.

Limitações do estudo

Em virtude desta pesquisa ser realizada com uma única equipe e em uma única UTI, não poderemos generalizar os dados obtidos e/ou expandi-los para outras realidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu identificar que para os participantes deste estudo, a equipe multiprofissional é composta pelos profissionais da enfermagem (enfermeiros e técnicos) e pelos fisioterapeutas, não sendo relatado a participação de outras categorias profissionais no que se refere aos cuidados relacionados a prevenção da PAV. Porém, verificou-se

que as categorias citadas têm conhecimento das medidas preventivas relacionadas a PAV, além de apontar as fragilidades e potencialidades e o modo como buscam atuar de forma contínua para melhorias na qualidade da assistência prestada, visando garantir a segurança do paciente.

Dentre as práticas que auxiliam na prevenção da PAV, verificou-se a execução dos *rounds* para discussão dos casos, o uso de protocolos assistenciais e as capacitações como importantes ferramentas para o processo de trabalho com vistas ao alcance dos melhores resultados.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

Janaína Souza de Liz: Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Pollyana Bortholazzi Gouvea: Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Adriano da Silva Acosta: Redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Juliana Vieira de Araújo Sandri: Redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Dagoberto Mior de Paula: Redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Silmara Costa Maia: Redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

- Gonçalves EO, Lima MS, Melo JL, Pontes MSR, Sousa AOB, Albernaz M. Práticas assistenciais de enfermagem e prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em uti. *Revista de enfermagem UFPE on line*. 2015; 12 (9): 1069-77. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10809/11984>.
- Chicayban LM, Terra ELVS, Ribela JS, Barbosa PF. Bundles de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica: a importância da multidisciplinaridade. *Rev. Perspect. Biol. Saúde*. 2014; 25 (7):25-35. Disponível em: http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/1200/
- Marras MA, Lapena SAB. Atuação da equipe multidisciplinar no combate às infecções hospitalares. *Journal Health Science Inst*. 2015;33(1):37-44. Disponível em: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/01_janmar/V33_n1_2015_p37a44.pdf.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Rev. Cogitare Enfermagem*. 2015;20(3):636-640. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>.
- Santos JLG, Lima MADs, Pestana AL, Colomé ICS, Erdmann AL. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. *Rev. Gaúcha Enfermagem* 2016;37(1):e50178. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/50178/37040>.
- Nascimento TBP, Ramos CH, Silva TS, Torres VPS. Efetividade das medidas de prevenção e controle de pneumonia associada à ventilação mecânica na uti. *Perspectivas Online*. 2017; 7(25):1-24. Disponível em: http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/viewFile/1136/932.
- Gonçalves FAF, Brasil VV, Minamisava R, Caixeta CR, Oliveira LMAC, Cordeiro JABL. Eficácia de estratégias educativas para ações preventivas da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Esc. Anna Nery*. 2012; 16(4):802-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452012000400023&lng=pt&nrm=iso&tng=pt.
- Oliveira JB, Francalino TR, Silva MLF, Araújo, AC, Lima LR. Atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem*. 2016; 2 (2). Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1143/919>.
- Hey AP, Caveiao C, Montezeli JH, Cardoso FS, Pruner JA, Silva TT. Percepção do enfermeiro acerca da sua autonomia na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2015; 9 (7): 9062-68. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10698/11766>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <<https://goo.gl/nxFeh2>> Acesso em: 06 setembro 2019.
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 402/2011. Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3165>> Acesso em: 06 setembro 2019.
- Borges MS, Branco DS. Vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência em saúde. In: Prestes CG, Stadnik, CM. (Org.). *Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Controle de Infecções Hospitalares*. Porto Alegre: Moriá, 2017.
- Silva DCB, Filho LSS. Fisioterapia respiratória no pós-operatório de cirurgia abdominal alta: uma revisão de literatura. *Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)*. 2018; 55(115-23).
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução n.0557/2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html> Acesso em: 06 set 2019.

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O CUIDADO A PACIENTES ONCOLÓGICOS

Anne Fayma Lopes Chaves¹

Uquiana Lucas Pereira²

Alexsandro Monteiro da Silva²

Luana Nunes Caldini³

Luana Cavalcante Lima⁴

Hérica Cristina Alves de Vasconcelos⁵

<http://orcid.org/0000-0002-7331-1673>

<http://orcid.org/0000-0002-1253-1154>

<http://orcid.org/0000-0003-2556-047X>

<http://orcid.org/0000-0001-9649-4081>

<http://orcid.org/0000-0001-8192-4974>

<http://orcid.org/0000-0001-9581-9147>

Objetivo: Conhecer as percepções de enfermeiros sobre o cuidado a pacientes oncológicos, na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada entre março e abril de 2019, em dez Unidades de Atenção Primária à Saúde, no município de Aracati, Ceará, Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram 10 enfermeiros, sendo realizada entrevista semiestruturada registrada em formulário. **Resultados:** A partir das falas, emergiram três categorias: Percepções de enfermeiros sobre câncer e cuidados a pacientes oncológicos; Ações realizadas na atenção primária no cuidado a pacientes oncológicos; Dificuldades na assistência oncológica, na atenção primária. **Conclusão:** Os enfermeiros participantes visualizaram o câncer como doença estigmatizante, que interfere na qualidade de vida de pacientes e familiares, sendo importante a assistência oncológica no âmbito da atenção primária, principalmente, com auxílio de equipe multiprofissional.

Descritores: Atenção Primária à saúde; Oncologia; Cuidados de Enfermagem.

PERCEPTIONS OF NURSES OF PRIMARY HEALTH CARE ABOUT THE CARE OF ONCOLOGICAL PATIENTS

Objective: To know the perceptions of nurses about the care of cancer patients in Primary Health Care. **Method:** Descriptive research, with a qualitative approach, carried out between March and April 2019, in ten Primary Health Care Units, in the municipality of Aracati, Ceará, Brazil. The research subjects were 10 nurses, and a semi-structured interview was conducted, using a form. **Results:** From the speeches, three categories emerged: Nurses' perceptions about cancer and care for cancer patients; Actions carried out in primary care in the care of cancer patients; Difficulties in cancer care, in primary care. **Conclusion:** Participating nurses viewed cancer as a stigmatizing disease, which interferes with the life quality of patients and family members, and it is important to provide cancer care in primary care, especially with the help of a multidisciplinary team.

Descriptors: Primary health care; Oncology; Nursing Care.

PERCEPCIONES DE ENFERMEROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SOBRE LA ATENCIÓN PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS

Objetivo: Conocer las percepciones de las enfermeras sobre la atención a pacientes con cáncer en Atención Primaria de Salud. **Método:** Investigación descriptiva, con enfoque cualitativo, realizada entre marzo y abril de 2019, en diez Unidades de Atención Primaria de Salud, en el municipio de Aracati, Ceará, Brasil. Los sujetos de investigación fueron 10 enfermeras, con una entrevista semiestructurada, utilizando una forma. **Resultados:** De los discursos, surgieron tres categorías: las percepciones de las enfermeras sobre el cáncer y la atención a los pacientes con cáncer; Acciones realizadas en atención primaria en la atención de pacientes con cáncer; Dificultades en la atención del cáncer, en atención primaria. **Conclusión:** Los enfermeros participantes vieron el cáncer como una enfermedad estigmatizante, que interfiere con la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, y es importante brindar atención del cáncer en la atención primaria, especialmente con la ayuda de un equipo multidisciplinario.

Descritores: Atención primaria de salud; Oncología; Atención de enfermería.

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

²Faculdade do Vale do Jaguaribe

³Centro Universitário Federal do Ceará

⁴Centro Universitário Estácio do Ceará

⁵Faculdade Rodolfo Teófilo

Autor correspondente: Anne Fayma Lopes Chaves - E-mail: annefayma@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, sendo responsável por uma estimativa de 9,6 milhões de mortes em 2018. Aproximadamente, 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda⁽¹⁾. A estimativa brasileira para o biênio 2018-2019 era a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, com exceção do câncer de pele não melanoma, que se estimava em 420 mil casos novos de câncer⁽²⁾.

A neoplasia é uma doença que gera desafios para os pacientes e seus familiares. O paciente oncológico pode ter equilíbrio psicológico ameaçado pelo resultado do diagnóstico e as mudanças que serão necessárias, no decorrer da doença e do tratamento, incluindo alterações na autoestima. Diante disto, a adaptação ou o ajuste psicossocial ao câncer é um processo durante o qual cada pessoa procura controlar sofrimentos, resolver problemas específicos e alcançar algum controle sobre acontecimentos desencadeados pela doença⁽³⁾.

No que concerne ao tratamento do câncer, o paciente pode se defrontar com possíveis alterações na aparência física, limitações e impedimentos de atividades rotineiras que, muitas vezes, somam-se à quimioterapia, ao estigma da doença, à dificuldade para enfrentar o tratamento e seus efeitos colaterais, e à readaptação⁽³⁾.

A qualidade de vida é fundamental para o ser humano, porém para a maioria dos pacientes com câncer essa qualidade (ou esse aspecto) vai gradativamente diminuindo, sendo importante que o doente receba assistência satisfatória quanto ao cuidado, tanto da família como dos profissionais que o assistem, visando suporte físico e emocional e para que possa vencer cada fase do tratamento⁽⁴⁾.

A equipe de saúde que presta assistência ao paciente com câncer visa proporcionar o conforto deste, passando a aliviar as necessidades em relação aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais⁽⁵⁾. Assim, o enfermeiro tem papel fundamental em todos os níveis de atenção à saúde, porém quando se trata da Atenção Primária à Saúde (APS), esse aspecto é mais complexo, haja vista que nesse nível de atenção as ações são desenvolvidas de modo individual e coletivas, bem como acompanhadas por equipes multiprofissionais que tem como objetivo principal a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação e a manutenção da saúde de pacientes⁽⁶⁾.

Os enfermeiros desempenham diversos papéis na assistência oncológica no âmbito da APS, sendo um deles o de educador, o qual é essencial para a qualidade do cuidado. A atuação do enfermeiro no domicílio está muito voltada para ensinar o familiar os cuidados básicos a serem dis-

pensados ao paciente⁽⁷⁾, ao longo do tratamento e processo de adoecimento

Estudo recente realizado com enfermeiros residentes de uma Escola de Enfermagem no Rio de Janeiro demonstra que a maioria destes (65%) não conhece a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), evidenciando lacuna dessa categoria para a atenção oncológica, podendo indicar fragilidades no desenvolvimento de atividades na prática clínica⁽⁸⁾.

Outra pesquisa realizada com enfermeiras zambianas também revelou que a ausência de formação oncológica contribui para experiências negativas e impedem a prestação de cuidados de Enfermagem ideal, preocupação existente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que evidencia a necessidade de capacitar esses profissionais para o atendimento a pacientes oncológicos⁽⁹⁾.

Diante desse contexto, surgiu a necessidade de realizar esta pesquisa, a qual teve como pergunta norteadora: Qual a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado a pacientes oncológicos na APS? A relevância da pesquisa ora apresentada fundamenta-se no fato que ao conhecer a compreensão de enfermeiros da APS sobre o cuidado a pacientes oncológicos, poder-se-á contribuir para subsidiar esses profissionais e gestores da saúde no planejamento de ações centradas na assistência oncológica nesse nível de atenção, visando capacitar os enfermeiros para que possam prestar assistência humana e qualificada. Logo, objetivou-se conhecer a percepção de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre o cuidado a pacientes oncológicos.

MÉTODO

Tipo de estudo

Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que trabalhavam em 10 Unidades APS, três delas possuíam dois enfermeiros e as outras sete possuíam apenas um enfermeiro. Consideraram-se como critérios de inclusão: trabalhar na UAPS há pelo menos seis meses. Apenas um enfermeiro não contemplava esse quesito. Foram excluídos dois enfermeiros que estavam de licença (maternidade e saúde). Desse modo, totalizou-se 10 enfermeiros entrevistados.

Local do estudo

O estudo foi realizado em 10 Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), localizadas na zona urbana do município de Aracati - Ceará, Brasil.

Coleta dos dados

A coleta das informações ocorreu entre março e abril de 2019. Inicialmente, foram realizadas visitas nas UAPS para averiguar as escalas dos enfermeiros e agendar a coleta. Os enfermeiros foram abordados antes ou após o serviço, de forma individual, em sala reservada, local em que foram apresentados os objetivos e benefícios da pesquisa e confirmada a participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta se deu por meio de entrevista semiestruturada, sendo aplicado um formulário criado pelos próprios pesquisadores contendo duas partes: 1. Dados sociodemográficos e ocupacionais; e 2. Questões norteadoras da percepção sobre o cuidado a pacientes oncológicos na Atenção Primária à Saúde.

Análises dos dados

Para a análise das informações, utilizou-se o referencial de Bardin, nos quais foram submetidos a processos analíticos preconizados pela Análise de Conteúdo Temático em quatro etapas: Pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹⁰⁾. Logo, emergiram três categorias temáticas: 1. Percepções de enfermeiros sobre o câncer e os cuidados a pacientes oncológicos; 2. Ações desenvolvidas durante o cuidado a pacientes oncológicos na APS; 3. Dificuldades da assistência oncológica na APS.

Procedimentos éticos

A pesquisa obedeceu à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que envolve a pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto do Câncer do Ceará (ICC), conforme parecer Nº 3.178.683. Ressalta-se que o projeto foi implementado após anuência formal da Secretaria da Saúde do município.

A pesquisa manteve o anonimato com relação aos nomes dos entrevistados, os quais foram codificados com nomes de flores.

RESULTADOS

Esse estudo teve 10 participantes enfermeiros, sendo dois homens e oito mulheres, com idades entre 24 e 43 anos. Dentre estes, sete concluíram curso de especialização nas seguintes áreas: Enfermagem Obstétrica (três), Saúde da Família (três) e Estomatoterapia (um).

Na fase de interpretação, os dados referentes a assistência oncológica na atenção primária à saúde, sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes nas APS, foram agrupados em categorias. As mesmas serão apresentadas a seguir.

Percepções de enfermeiros sobre o câncer e os cuidados a

pacientes oncológicos

Foi unânime entre os relatos dos enfermeiros que o câncer ainda é uma doença bastante estigmatizada, sendo vista como doença fatal, que desencoraja qualquer expectativa de melhora ou cura, afetando não apenas o paciente, mas a família deste, atingindo aspectos biopsicossociais:

Em minha percepção, vejo o câncer como o fim de uma vida, um ciclo que se fecha, uma doença fatal (Flor do Sertão).

O câncer é uma doença devastadora, ele não afeta só o paciente, mas sim a todos (família, amigos). A cada dia, aumentam os casos de câncer em todo o mundo, e as pessoas, mesmo diante disso, deixam para se cuidar em último caso, levando, assim, muitas vezes, a um diagnóstico tardio e sem muitas chances de tratamento, em alguns casos (Amélia).

Quando interrogados sobre o cuidado oncológico nas APS, a maioria dos enfermeiros expôs ser de grande relevância a assistência a essa clientela específica, sobretudo por uma equipe multiprofissional, que seja capaz de atender às necessidades básicas, visto que eles necessitam de atenção especial, em virtude das mais diversas intercorrências que irão surgir em decorrência do estadiamento natural da doença.

Eu acredito que a família em si, e não só o paciente, precisa de cuidados na unidade básica, para se ter melhor qualidade de vida para o paciente-família, é onde entra o apoio da equipe multiprofissional (Lírio).

Eu penso que é na rede primária que podemos detectar qualquer sinal de agravamento da doença e suas complicações, para sinalizarmos ao paciente que algo não vai bem e, juntos traçarmos uma linha de atendimento para o tratamento (Camélia).

Ações desenvolvidas durante o cuidado a pacientes oncológicos na APS

Nesta categoria, observou-se que as ações mais citadas pelos entrevistados diante da assistência oncológica estiveram relacionadas a manter hábitos de vida saudáveis e trabalhar o estado psicológico, haja vista a fragilidade emocional desses pacientes frente à doença.

Eu oriento de acordo com a realidade de cada um, e tentamos resgatar, primeiramente, a autoconfiança e a autoestima, para que se dê a continuidade ao tratamento; em seguida, orientamos sobre os benefícios de aderir a hábitos de vida saudáveis, desde a alimentação, da prática de atividade física até a aderência do grupo (Papoula).

Nós da equipe orientamos a esses pacientes para não fumar, não ingerir bebidas alcóolicas, dietas sem gorduras, frituras, fazer atividade física e seguir as orientações dos profissionais de saúde (Camélia).

Eu, enquanto enfermeira da UBS realizo ações voltadas, primeiramente, para questões emocionais do paciente, buscando resgatar a autoconfiança e autoestima deles, para que, posteriormente, o paciente prossiga com a continuidade do tratamento, pois eu percebo que eles ficam muito fragilizados (Papoula).

Apesar de os enfermeiros reconhecerem a importância da assistência oncológica na APS, relataram a não realização de ações a esse público, bem como o desconhecimento de programas e protocolos do Ministério da Saúde do Brasil voltados para assistência a pacientes oncológicos.

Nunca realizei ações voltadas para assistência ao paciente oncológico. Costumo realizar palestras, rodas de conversas para incentivar a prevenção, não especificamente aos pacientes com câncer (Lótus).

Eu não costumo realizar ações para esse público com câncer, somente realizo acompanhamento ambulatorial (consultas, orientações e análises de exames) (Girassol).

Dificuldades da assistência oncológica na APS

Percebeu-se que as maiores dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros perante a assistência à clientela com câncer na APS, foi a limitação dos exames disponibilizados e dos recursos acessíveis na unidade para a melhoria da assistência; além da necessidade de educação permanente sobre a temática, pois os participantes não se consideravam capacitados para o atendimento adequado.

A minha grande dificuldade é quando é solicitado ao paciente exames mais complexos (ressonância, tomografia, densitometria óssea), acaba que a demora a ser chamado e, muitas vezes, não chega nem a fazer, por falta de recursos próprios também. Penso que a maior dificuldade seja a marcação e a lentidão de exames mais complexos (Crisântemo).

Apesar de me achar preparada, eu encontro dificuldades em desenvolver um bom trabalho, em virtude das condições oferecidas na unidade básica (Papoula).

Eu aprendi muito pouco durante a graduação sobre os cuidados aos pacientes com câncer, raramente foram abordadas questões sobre esse processo de cuidar e nem foram favorecidas vivências que nos aproximasse dessas realidades (Lírio).

DISCUSSÃO

As percepções dos enfermeiros apontaram o câncer como situação de mutilação e abreviamento da vida. A doença, ainda, está associada à severa condição fatal, no entanto, quando se interroga enfermeiros, vislumbra-se a coerência em cuidar e não apenas buscar a cura⁽⁸⁾. Esse pensamento vai ao encontro da ideologia dos cuidados paliativos, a qual propõe oferecer conforto e alívio necessário para minimizar o sofrimento do paciente, visando melhor qualidade de vida até os últimos dias⁽⁹⁾.

Nessa perspectiva, o aprofundamento e a obtenção de competências na área de cuidados paliativos são demandas legítimas, considerando grande quantidade de pessoas portadoras de câncer, as quais requerem cuidados centrados no controle de sintomas, na assistência psicossocial e espiritual, e na atenção devida aos familiares⁽¹¹⁾.

A fim de desenvolver assistência qualificada, a maioria dos enfermeiros relatou a importância da atuação de equipe multiprofissional no cuidado aos pacientes oncológicos. O impacto da equipe multidisciplinar no tratamento do câncer é reconhecido, sendo capaz de atuar na prevenção, no controle, na avaliação diagnóstica, no tratamento, na reabilitação e no atendimento aos familiares⁽¹²⁾.

A atuação da equipe multidisciplinar, no âmbito da APS, remete, também, ao cuidado paliativo no domicílio, o qual visa minimizar a fragilidade do sofrimento com a doença e assegurar a dignidade no processo de morrer⁽¹³⁾. Pesquisa que investigou a percepção de pacientes com câncer apontou

vantagens do cuidado oncológico no domicílio, como liberdade, conforto, autonomia e fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde ⁽¹⁴⁾.

Constatou-se que as ações mais realizadas pelos enfermeiros da APS consistiam na manutenção de hábitos de vida saudável e no apoio psicológico. A promoção do desenvolvimento de hábitos saudáveis favorece não apenas a prevenção, como pode ser capaz de minimizar os grandes danos causados pelo tratamento terapêutico, principalmente os efeitos colaterais ou de toxicidade, ocasionados pela quimioterapia ⁽¹⁵⁾.

Outras evidências destacam, ainda, que o fator psicológico é bastante afetado em virtude das inúmeras mudanças e adaptações necessárias durante o processo terapêutico, as quais afetam diretamente a autoestima do paciente ⁽³⁾.

O enfermeiro que presta cuidado a pacientes oncológicos não deve se limitar apenas aos cuidados gerais, precisa ter competência para atuar diante das reações esperadas, decorrentes do tratamento. Estudo que envolveu 15 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de três municípios do norte do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, evidenciou lacunas no conhecimento destes, diante do atendimento a pacientes portadores de neoplasias, comprometendo a assistência prestada e gerando risco de complicações advindas do tratamento ⁽¹⁶⁾.

Diversas são as consequências do diagnóstico e do tratamento para o paciente oncológico, sendo imprescindível que a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, atue ativamente na identificação precoce de complicações físicas e psicológicas, possibilitando previamente o estabelecimento de um plano de cuidado individualizado centrado na melhoria da qualidade de vida das pessoas com câncer ⁽¹⁷⁾.

Dado preocupante encontrado nesta pesquisa foi o relato de enfermeiros sobre a não realização de ações específicas com esses pacientes, bem como o desconhecimento de programas e políticas para pacientes oncológicos. Recentemente, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, a qual estabelece diretrizes nacionais para a prevenção e o controle do câncer, estimulando a atenção integral e articulando as diversas ações, nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo central da política é contribuir para melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos ⁽¹⁸⁾.

Pesquisa recente apresentou discussão quanto à inserção do conhecimento das políticas públicas em oncologia, na formação de estudantes de Enfermagem, motivando reflexões de como esse conteúdo na academia poderia con-

tribuir para melhorar as práticas na assistência a pacientes oncológicos ⁽¹⁹⁾.

Nessa perspectiva, é urgente que enfermeiros busquem a reformulação do pensamento crítico e percebam a necessidade de conhecimentos que os capacitem à assistência a pacientes oncológicos, provendo, assim, meios e recursos que favoreçam esse cuidado em todos os níveis de atenção à saúde.

A pesquisa em tela constatou o despreparo e a carência de conhecimentos dos enfermeiros sobre a oncologia. Pesquisa qualitativa que envolveu 18 enfermeiros atuantes em unidades de internação e ambulatorios oncológicos no Estado do Rio Grande do Sul evidenciou déficit de conhecimento sobre a temática, desde a formação acadêmica até a atuação dos profissionais no mercado de trabalho, mostrando que a precariedade da educação permanente pode repercutir em uma prática competente ⁽²⁰⁾.

Diante desse contexto, reconhece-se a necessidade da inserção do conteúdo sobre assistência de Enfermagem em oncologia nos currículos de graduação em Enfermagem e pós-graduação *lato sensu* (especialização). Portanto, para que isso aconteça, é preciso que esteja contextualizada no Projeto Pedagógico do Curso (PPC), garantindo, assim, formação com benefício para prática, difundindo o conhecimento entre estudantes de graduação, para que possam melhor lidar com o câncer, nas esferas técnico-científica e emocional ⁽²⁰⁾, nos diversos campos de atuação que forem seguir após o término da graduação.

A ausência de educação permanente dos enfermeiros nas unidades de APS, também tem sido um dos fatores que contribui para o despreparo em atendimento qualificado a pacientes oncológicos e suas famílias. Estudo realizado em Diadema, São Paulo, com 70 enfermeiros, revelou que a educação permanente é um dos fatores primordiais para o controle do câncer, bem como a qualificação profissional e especialização, visto que tais conhecimentos são capazes de estabelecerem a detecção do câncer, a orientação oportuna a pacientes e o encaminhamento para unidade adequada, quando se fizer necessário ⁽²¹⁾.

Somado a esse déficit de conhecimento que permeia os enfermeiros da APS, no que diz respeito à assistência aos pacientes com câncer, foi citado pelos enfermeiros entrevistados nesta pesquisa que as principais dificuldades encontradas na assistência oncológica na APS consistia em fatores organizacionais, que vão de encontro ao que é preconizado pelos princípios do SUS.

Dentre os desafios apontados como empecilhos para eficiência de estratégias no diagnóstico e tratamento do câncer, tem-se a escassez de recursos na UAPS e a limitação dos

exames disponibilizados para os pacientes, configurando fragilidade da rede de atenção a pacientes oncológicos.

Essa vulnerabilidade da rede de atenção à saúde e a carência de recursos financeiros também foram reconhecidos pelos profissionais da saúde, dentre eles enfermeiros, e usuários como fatores que influenciam negativamente o acesso aos serviços de saúde. A limitação de recursos e os problemas organizativos da Estratégia Saúde a Família (ESF) refletem diretamente na assistência prestada, desde o acesso (marcação de consultas, acolhimento) até a integralidade do cuidado (fluxo de atendimento: referência e contrarreferência), dificultando o atendimento das necessidades da população, podendo gerar risco à saúde e diminuindo a satisfação em relação aos serviços prestados ⁽²²⁾.

Os processos organizativos do SUS, ainda, tateiam entre a descentralização que fragmenta os serviços e a regionalização que deve uni-los em rede integrada. No entanto, o processo de regionalização não está efetivamente estabelecido, sendo imprescindível intensificar a relação entre a União, estados e municípios, no que diz respeito aos compromissos e às responsabilidades, haja vista que esse processo envolve dinâmicas socioeconômicas e políticas ⁽²³⁾.

No contexto da atenção oncológica, além desses problemas que repercutem indiretamente na assistência dos pacientes, estes ainda enfrentam as dificuldades vivenciadas ao longo dos itinerários para o diagnóstico e terapêutica, como sentimentos negativos diante da doença, ausência de acompanhamento de familiares durante o tratamento e insuficiência de recursos financeiros para custeá-la ⁽²⁴⁾. Esses fatores também precisam ser ponderados pelos enfermeiros assistenciais e gestores das unidades de saúde, a fim de minimizar o impacto da doença durante essa jornada.

Limitação do estudo

Apointa-se como limitação da pesquisa o fato de o estudo ter sido realizado apenas em um município do Ceará, fator que impede generalizações dos resultados.

Contribuições para a prática

Os resultados apresentados neste estudo indicaram que, embora a assistência oncológica seja importante para os enfermeiros atuantes na atenção primária, os próprios participantes mencionaram despreparo e carência de conhecimentos sobre oncologia. Destarte, percebe-se a necessidade de aprimoramento da qualificação desses enfermeiros. Assim, reiterando a relevância dita outrora, os resultados poderão subsidiar gestores no planejamento e ações centradas na assistência oncológica que visem capacitar os enfermeiros para a prestação de assistência segura, humana e qualificada.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros participantes visualizaram o câncer como uma doença estigmatizante que interfere na qualidade de vida de pacientes e familiares, sendo relatado por eles a importância da assistência oncológica, no âmbito da APS, principalmente, com o auxílio de uma equipe multiprofissional.

As ações mais realizadas pelos enfermeiros deste estudo, consistiam em promover hábitos de vida saudáveis e apoio psicológico. Apesar disso, visualizou-se a lacuna de conhecimento dos enfermeiros envolvidos, quanto a protocolos e programas que auxiliam essa assistência, bem como as barreiras vivenciadas na prática clínica, como limitação dos exames disponibilizados e necessidade de educação permanente.

Dessa forma, os enfermeiros que atuam na APS necessitam de aprimoramento na assistência ao cliente oncológico e sua família, sendo necessário que esse processo inicie desde a graduação, com a inserção do conteúdo da assistência de enfermagem em oncologia nos currículos atuais.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Pereira UL e Chaves AFL participaram da concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica e final. Da Silva AM, Lima LC, Caldini LN e De Vasconcelos HCA contribuíram com a revisão crítica e final.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Cancer [Internet]. [cited 2020 Feb 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. Santos MO. Estimativa 2018: Cancer Incidence in Brazil. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 19];64(1):119-120 Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v01/pdf/15-resenha-estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf
3. Leite MAC, Nogueira DA, Terra FS. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [cited 2018 Set 10];23(6):82-89. Available from: http://www.scielo.br/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01082.pdf

4. Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2014 [cited 2018 Out 10];22(5):37-42. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>
5. Fernandes MA, Evangelista CB, Platel ICS, Angra G, Lopes MS, Rodrigues FA. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2018 Out 15];18(9):89-96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900013
6. Soares FS, Périco LAD, Dias VRF. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 21];71(1):52-57. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf
7. Vale JMM, Marques Neto AC, Santos LMS, Santana ME. Educação em saúde ao familiar cuidador de adoecidos em cuidados paliativos oncológicos domiciliares. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 19];10(2):52-57. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1684/519>
8. Lins F, Souza SR. Formação dos Enfermeiros para o cuidado em oncologia. *Rev Enferm. UFPE* [Internet]. 2018 [cited 2018 Set 14];12(1):66-74. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22652/25858>
9. Maree JE, Mulonda JK. Caring for Patients with Advanced Breast Cancer: The Experiences of Zambian Nurses. *Asia Pac J Oncol Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 19];4(1):23-28. Available from: https://www.researchgate.net/publication/313126999_Caring_for_Patients_with_Advanced_Breast_Cancer_The_Experiences_of_Zambian_Nurses
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000179&pid=S00347612201300040000400003&lng=pt
11. Caldas GHO, Moreira SNT, Vilar MJ. Cuidados paliativos: Uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet]. 2018 [cited 2010 Dez 20];21(3):69-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000300261-8&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Silva RCV, Sant'Ana RSE, Cardoso MBR, Alcântara LFFL. Cancer care and interdisciplinary practice. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2019 Fev 20];35(1):1-3. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019000108001&script=sci_arttext&tlng=en
13. Oliveira MBP, Souza NR, Bushatsky M, Dâmaso BFR, Bezerra DM, Brito JA. Oncological homecare: family and caregiver perception of palliative care. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2019 Fev 01];21(2):1-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200202&script=sci_abstract
14. Matos MR, Muniz RM, Viegas AC, Przylynski DS, Holz AW. Significado da atenção domiciliar e o momento vivido pelo paciente oncológico em cuidados paliativos. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez 20];18(1):10. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/35061/22001>
15. Varejão CS, Borges GG, Nunes LMP, Silvino ZR, Espírito Santo FH, Christovam BP. Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 10];8(12):6-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10193/1075>
16. Cruz FS, Rossato RG. Care Given to Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Knowledge of Family Health Strategy Nurses. *Revista Brasileira de Cancerologia* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dez 21];61(4): 35-41. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf
17. Simão DAS, Aguiar ANA, Souza RS, Captein KM, Manzo BF, Teixeira AL. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. *Enferm. Foco* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 20];8 (2): 82-86. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/874/385>
18. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2019 Fev 20];39(106):81-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00881.pdf>
19. Oliveira AM, Silva KSEM. Formação do enfermeiro: políticas públicas na atenção oncológica. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dez 21];9(3):48-52 Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1175/460>
20. Luz KR, Vargas MAO, Rosa LM, Schmitt PH. Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 23];10(9):69-76. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11418/13204>
21. Teixeira MS, Goldman RE, Gonçalves VCS, Gutiérrez MGR, Figueiredo EM. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 ago 29];30(1):1-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0001.pdf>
22. Viegas APB, Carmo RF, Da Luz ZMP. Factors associated to the access to health services from the point of view of professionals and users of basic reference unit. *Saúde Soc. São Paulo* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dez 15];24(1):01-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>
23. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalization in the SUS: implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dez 15];22(4):55-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>
24. Teston EF, Fukumori EFC, Benedetti GMS, Spigolon DN, Costa MAR, Marcon SS. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 14];22(4): 1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/1414-8145-ean-22-04-e20180017.pdf>

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO ENDOVENOSO EM PACIENTES DE HOSPITAL DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Deyse Maria Alves Rocha¹

Eva Anny Welly de Sousa Brito¹

Thais Lima Vieira de Souza¹

Rafaela de Oliveira Mota¹

Maira de Ciero Miranda¹

Francisca Elisângela Teixeira Lima¹

<https://orcid.org/0000-0002-9311-5557>

<https://orcid.org/0000-0003-2532-0126>

<https://orcid.org/0000-0002-2161-2327>

<https://orcid.org/0000-0003-1586-6678>

<https://orcid.org/0000-0003-2419-9299>

<https://orcid.org/0000-0002-7543-6947>

Objetivo: Avaliar a prática da administração de medicamento endovenoso em pacientes adultos internados em hospital de doenças infectocontagiosas. **Método:** Estudo descritivo, observacional, desenvolvido em hospital de referência em doenças infectocontagiosas de Fortaleza-CE. Foram realizadas 111 observações de profissionais de enfermagem procedendo à administração de medicamentos endovenosos em pacientes com idade ≥ 18 anos. **Resultados:** As ações mais realizadas foram: lê a prescrição médica (100%), consegue entender a grafia médica (97,2%) e confere o medicamento relacionado à prescrição (90,6%). Entretanto, as menos executadas foram: acalmar o paciente (21,6%), realizar limpeza da bancada (13,5%), usar equipamento de proteção individual (18,9%), desinfetar ampola ou frasco ampola (11,7%). **Conclusão:** O estudo mostrou diagnóstico situacional da equipe de enfermagem na atuação do preparo e da administração de medicamentos, caracterizando segurança de pacientes no nível sofrível, segundo o índice de positividade.

Descritores: Infusões intravenosas; Segurança do Paciente; Enfermagem.

INTRAVENOUS DRUG ADMINISTRATION IN HOSPITAL PATIENTS OF INFECTIOUS-CONTAGIOUS DISEASES: NURSING PERFORMANCE

Objective: To evaluate the practice of intravenous drug administration in adult patients hospitalized for infectious-contagious diseases. **Method:** Descriptive, observational study, developed at a referral hospital in infectious diseases of Fortaleza-CE. A total of 111 observations were made by nursing professionals on the administration of intravenous drugs in patients > 18 years of age. **Results:** The most accomplished actions were: read the medical prescription (100%), can understand the medical script (97.2%) and check the medication related to the prescription (90, 6%). However, the least performed were: calming the patient (21.6%), cleaning the workbench (13.5%), using personal protective equipment (18.9%), disinfect ampoule or ampoule vial (11.7%). **Conclusion:** The study showed a situational diagnosis of the nursing team in the preparation and administration of medications, characterizing patient safety at the level of suffering, according to the positivity index.

Descriptors: Infusions; Intravenous; Patient Safety; Nursing.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS EN PACIENTES DE HOSPITAL DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS: ACTUACIÓN DEL ENFERMERÍA

Objetivo: Evaluar la práctica de la administración de medicamentos endovenosa en pacientes adultos internados en el hospital de enfermedades infectocontagiosas. **Método:** Estudio descriptivo, observacional, desarrollado en un hospital de referencia en enfermedades infectocontagiosas de Fortaleza-CE. Fueron realizadas 111 observaciones de profesionales de enfermería procediendo a la administración de medicamentos endovenosos en pacientes con edad > 18 años. **Resultados:** Las acciones más realizadas fueron: lee la prescripción médica (100%), consigue entender la caligrafía médica (97,2%) y confirma el medicamento relacionado a la prescripción (90,6%). Sin embargo, las menos ejecutadas fueron: calmar al paciente (21,6%), realizar limpieza de la mesa de trabajo (13,5%), usar equipo de protección individual (18,9%), desinfectar la ampolla o frasco ampolla (11,7%). **Conclusión:** El estudio mostró diagnóstico situacional del equipo de enfermería en la actuación de la preparación y de la administración de medicamentos, caracterizando seguridad de pacientes en el nivel sufrible, según el índice de positividad.

Descritores: Infusiones Intravenosas; Seguridad del Paciente; Enfermería.

¹Universidade Federal do Ceará
Autor Correspondente: Deyse Maria Alves Rocha - E-mail: deysealves1995@gmail.com

INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas acompanham o homem desde o início da história até os dias atuais, sendo um dos principais problemas de saúde pública. Podem ser causadas por bactérias, vírus ou fungos. Os óbitos a ela associados diminuiu de 35,0% para 5,0% nos dias atuais devido principalmente a diminuição de óbitos por diarreia e doenças imunopreveníveis.⁽¹⁾

Uma das principais intervenções realizadas no cuidado ao paciente é a terapia medicamentosa, mas para isso ela deve ser executada de forma correta, caso o contrário, podem ocasionar graves consequências ao indivíduo.⁽²⁾

Para promoção da segurança do paciente, é necessário entender que incidente é um evento vindo de atos intencionais ou não intencionais, que acarretou ou pode acarretar danos ao paciente. Assim, têm-se as definições: *near miss*, quando o incidente não atingiu o paciente; incidente sem dano, quando atinge o paciente, mas não causa dano; e evento adverso, quando o incidente atinge o paciente e causa dano.⁽³⁾

A Organização Mundial da Saúde (OMS), visando promover aumento efetivo na segurança de pacientes, elaborou estratégias para melhoria da qualidade do cuidado. Com isso, foram criados seis protocolos básicos de segurança do paciente que englobam as macroáreas: identificação do paciente, prevenção de úlcera por pressão, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde e prevenção de quedas.⁽⁴⁾

No Brasil, de acordo com o Instituto para Práticas Seguras do Medicamento, os erros de medicação são a causa de morte de pelo menos 8.000 pessoas anualmente. Os eventos adversos, ocasionados pela administração de medicamentos, correspondem a 7% das internações hospitalares, equivalente a 840 mil casos por ano.⁽⁵⁾

Diante desta problemática, torna-se necessário conhecer as fragilidades envolvidas no processo de preparo e administração de medicamento.⁽⁶⁾ Além disso, torna-se imprescindível o conhecimento da equipe de enfermagem para garantir melhor qualidade da assistência prestada.⁽⁷⁾

O processo de administração de medicamentos endovenosos representa uma das funções assistenciais da equipe de enfermagem.⁽⁸⁾ Sendo assim, é de extrema importância o conhecimento técnico-científico da equipe para a oferta de um serviço de segurança e qualidade para o paciente.⁽⁹⁾

Por se tratar de uma prática bastante realizada pela equipe de enfermagem, faz-se necessário a realização de estudos acerca desta temática. Além disso, “medicação

segura” foi o tema escolhido pela OMS para ser o Desafio Global para Segurança do Paciente de 2017.⁽¹⁰⁾

Tem-se como objetivo do estudo avaliar a prática de enfermagem acerca do processo de preparo e administração de medicamento endovenoso em pacientes adultos internados em um hospital de doenças infectocontagiosas.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo transversal, observacional, de abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

Participaram do estudo 11 profissionais, quatro enfermeiros e sete técnicos de enfermagem, que atenderam aos critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem; atuar no processo de preparo e/ou administração de medicamento por via EV; e estar em serviço nos dias de realização das observações.

Local do estudo

Estudo desenvolvido em um hospital público de referência em doenças infectocontagiosas de atenção terciária, localizado em Fortaleza-Ceará-Brasil.

Coleta de dados

Foram realizadas 111 observações sistemáticas do processo de preparo e administração de medicamento por via endovenosa (EV) em pacientes na referida instituição, que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade ≥ 18 anos, ter prescrição de medicamento por via EV e ter recebido administração de medicamento por via EV por um membro da equipe de enfermagem na referida instituição.

A coleta de dados, realizada de janeiro a maio de 2017, nos turnos manhã, tarde e noite, em dias aleatórios, foi realizada por meio da observação não participante, direta e sistemática das ações antes, durante e após o preparo e a administração do medicamento, por meio de instrumento do tipo *checklist*, dividido em cinco etapas, com as ações referentes ao preparo e à administração de medicamento endovenoso: comunicação (5 ações); preparo do ambiente e material (7 ações); preparo do medicamento prescrito (6 ações); punção venosa (6 ações); e técnica de administração de medicamento (11 ações). Para cada ação, existiam três alternativas: sim, não e parcial, assinaladas pelas pesquisadoras no momento da observação do procedimento.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados coletados na pesquisa foram armazenados

em banco de dados produzidos no *Microsoft Excel do Windows 2010*, processados e analisados por meio da estatística descritiva e fundamentados de acordo com a literatura pertinente à temática.

Para avaliação do desempenho dos profissionais na execução de cada ação do processo de administração de medicamentos por via endovenosa, determinou-se o Índice de Positividade (IP) para qualidade da assistência: desejável (IP = 100%); adequado (90 a 99%); seguro (80 a 89%); limítrofe (71 a 79%); e sofrível (<70%).⁽¹¹⁾

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado por comitê de ética, conforme parecer nº 1.986.269. Os profissionais de enfermagem e os pacientes foram orientados quanto aos objetivos do estudo e concordaram, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em serem observados durante o processo de preparo e administração de medicamento EV.

RESULTADOS

Os participantes da amostra que receberam administração de medicamentos pela via endovenosa apresentaram as seguintes características sociodemográficas: 33 (29,7%) pessoas do sexo feminino e 78 (70,3%) do masculino. A faixa etária variou de 18 a 77 anos, com média de 36 anos, predominando entre 19 e 39 anos de idade (74,7%).

Dentre as 111 observações, 103 pacientes receberam uma medicação endovenosa, seis pacientes receberam dois medicamentos EV e dois pacientes, três medicamentos EV, totalizando 121 medicações prescritas.

Tabela 1 - Distribuição do número de ações realizadas na etapa de comunicação para administração do medicamento. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Realização da comunicação	N	%
Lê a prescrição médica	111	100
Consegue entender a grafia da prescrição médica	108	97,2
Confere nome do paciente relacionando com a prescrição	53	47,7
Explica o procedimento para o paciente	27	24,3
Acalma o paciente	24	21,6

No tocante à leitura e compreensão da prescrição médica, a pesquisa mostrou grau desejável e adequado, sendo 100% e 97,2%, respectivamente. Este achado pode ser justificado pelo fato de as prescrições estarem na forma digitada e não manual.

Quase a totalidade dos profissionais realizavam as ações de comunicação entre os profissionais da saúde, uma vez que houve a compreensão da prescrição do medicamento, considerando as ações relacionadas à leitura e ao entendimento da prescrição médica.

As ações de comunicação entre profissional e paciente foram classificadas, segundo o Índice de Positividade, como sofrível, tendo em vista que maioria dos profissionais não realizava as ações expostas.

Tabela 2 - Distribuição do número de ações realizadas no preparo do ambiente e seleção do material para administração do medicamento. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Preparo do ambiente e material	N	%
Realiza limpeza da bancada	15	13,5
Dispõe de bandeja ou cuba rim	98	88,2
Usa equipamento de proteção individual	21	18,9
Faz desinfecção da ampola ou frasco-ampola	13	11,7
Separa bolas de algodão com e sem álcool	60	54,1
Escolhe seringa compatível com o volume a ser administrado	77	69,3
Seleciona adequadamente a agulha para aspiração	44	39,6

Na etapa de organização do ambiente e seleção do material adequado, têm-se sete ações. Uma ação alcançou desempenho seguro. A limpeza da bancada foi pouco observada, pois a maioria dos profissionais realizava a limpeza no início do plantão ou conforme a necessidade de organização e limpeza da bancada. Em 88,2% das observações, identificou-se que o profissional dispunha de bandeja ou cuba rim para levar a medicação até o local onde a criança se encontrava, e nas demais vezes o profissional levava os medicamentos em suas mãos.

Constatou-se que a ação menos realizada foi a desinfecção da ampola ou frasco-ampola, sendo essencial para evitar contaminação do conteúdo da ampola.

Tabela 3 – Distribuição do número de ações realizadas no preparo do medicamento. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Preparo do medicamento	N	%
Confere rótulo da medicação com a prescrição	96	86,5
Verifica a integridade dos invólucros	17	15,3
Inspeciona o frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras ou vazamentos	18	16,2
Observa a data de validade do medicamento	9	8,1
Dilui medicação em diluente adequado ao medicamento	90	81,0
Identifica medicação/soro após preparado	11	9,9

A ação “confere o rótulo da medicação com a prescrição” foi executada em 86,5% das observações, sendo a única ação relacionada ao preparo da medicação classificada como segura. As outras ações relacionadas ao preparo da medicação atingiram índices sofríveis.

A integridade do invólucro e do respectivo conteúdo deve ser observada sempre antes do preparo do medicamento, visto que alterações das características originais do fabricante pode indicar contaminação do medicamento, sendo inadequado para ser administrado, devido ao risco à saúde do paciente.

A validade do medicamento foi pouco observada, tendo em vista que esta ação é realizada pelos profissionais da farmácia, no processo de dispensação do medicamento. Entretanto, para segurança do paciente, recomenda-se conferir a validade antes de usar o medicamento. ⁽¹²⁾

Tabela 4 – Distribuição do número de ações realizadas na etapa de punção venosa. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Punção venosa	N	%
Seleciona o local adequando relacionado com a prescrição	101	91,8

Aplica o garrote 15 a 20 cm acima do local da punção venosa	74	66,6
Realiza antisepsia da pele no local a ser puncionado com algodão embebido em álcool a 70%	56	50,4
Aguarda a evaporação do antisséptico	99	89,1
Introduz o cateter obedecendo ângulo de inserção de 15 a 30°	103	92,7
Fixa o cateter adequadamente	94	84,6

Metade dos profissionais realizava a antisepsia do local, sendo classificado como sofrível, segundo o Índice de Positividade. Contudo, recomenda-se a realização da antisepsia da pele sempre antes de realizar a punção venosa. ⁽¹²⁾

A rede venosa de maior escolha foi a presente na fossa anticubital (67,5%), seguido pelo arco dorsal da mão (22,5%), epicranianas (6,3%) e jugular (1,8%). Não houve punção nos membros inferiores e nas veias axilares. Os dois pacientes em quem foi realizada a punção em veia jugular faziam tratamento medicamentoso com frequência e se encontravam debilitados, com histórico de rede venosa de difícil punção.

Tabela 5 – Distribuição do número de ações realizadas na técnica de administração de medicamento por via endovenosa. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Técnica de administração de medicamento EV	N	%
Retira adornos	13	11,7
Higieniza as mãos	38	34,3
Confere o medicamento relacionando com a prescrição	101	90,6
Confere o paciente com o nome que constava na prescrição	90	82,8
Instala medicação/soroterapia conforme prescrição médica	111	100
Monitora paciente	31	28
Descarta adequadamente os materiais utilizados durante o procedimento	109	98,1
Registra/cheça imediatamente no prontuário/ prescrição após administração de medicamento	92	82,8
Registra queixa e/ou reações adversas apresentadas pelo paciente	20	18
Orienta paciente e/ou responsável	24	21,6
Mantém paciente confortável	104	93,6

Precedentemente à etapa de higienização das mãos, faz-se necessária a retirada de adornos (joias, pulseiras e relógio) antes de sua execução, sendo que esta ação foi realizada em apenas 13 das observações (11,7%), enquadrando-se em desempenho sofrível.

A higienização das mãos foi realizada pela minoria (34,3%) dos profissionais, sendo agravado pelo fato desta ação ter sido realizada em menos de 30 segundos. Além disso, não retirar os adornos durante a lavagem, indo de encontro às recomendações da literatura, que indica a duração da higienização das mãos de 40 a 60 segundos, pois o tempo gasto nessa técnica influencia diretamente na redução das bactérias.⁽¹³⁾

DISCUSSÃO

Foi encontrada, neste estudo, predomínio de um medicamento EV por prescrição, fator considerado benéfico na segurança do paciente. Além disso em 100% das observações houve a leitura da prescrição médica, sendo a realização dessa ação fundamental para impedir a existência de eventos adversos relacionados a medicamentos. Vale ressaltar que erros durante o preparo do medicamento pode gerar consequências para o paciente, como prolongar o tempo de internação, gerar incapacidades, e até levar a morte.⁽¹⁴⁾

Acerca da prática de conferir a prescrição com o nome do paciente, 47,7% executavam a ação, porém, muitas vezes, perguntavam apenas o primeiro nome, fator de erros de medicação. A confirmação do nome é fundamental para evitar erros, pois existem pacientes com nomes iguais ou parecidos. Além disso essa ação engloba os “nove certos” recomendado pelo Ministério da Saúde, para garantir a administração correta de medicamentos, são eles: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.⁽¹⁵⁾

A redação manual da prescrição medicamentosa acarreta, muitas vezes, dificuldades de leitura e compreensão, devido à letra ilegível dos profissionais médicos. Apesar de ser situação frequente no cotidiano da equipe de enfermagem, não é obrigação desta a tradução das prescrições. De acordo com a Resolução Cofen 564/2017, artigo 46, o profissional de enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição em caso de erro e/ou ilegibilidade da mesma.⁽¹⁶⁾ Na etapa de higienização das mãos, das 111 ações observadas, nenhuma obteve resultado satisfatório. De acordo com revisão integrativa que abordava os principais temas relacionados à segurança do paciente, a lavagem de mãos foi discutida em 14,81% dos artigos encontrados. A prática está diretamente associada à diminuição de infecções hos-

pitalares, porém é, muitas vezes, negligenciada.⁽¹⁷⁾

A higienização das mãos, tem como objetivo a redução de patógenos potenciais e risco de infecção hospitalar, logo ela é considerada uma medida básica para o cuidado ao paciente.⁽¹³⁾

Em 88,3% das observações de administração de medicamento, os adornos não eram removidos, em desacordo com a norma regulamentadora Nº 32, do Ministério do Trabalho, que proíbe o uso de adornos por profissionais da saúde em serviço principalmente aqueles que mantêm contato com agentes biológicos.⁽¹⁸⁾

Os profissionais não executaram uma das ações consideradas mais importantes para o controle de infecção em serviços de saúde, a higienização das mãos. Assim, corrobora-se com estudo que analisa o preparo e administração de medicamentos em idosos hospitalizados, o qual durante a etapa de lavagem de mãos apenas 16,7% dos profissionais realizaram a etapa.⁽¹⁹⁾ A lavagem das mãos deve ser realizada onde e quando os cuidados são prestados, obedecendo os cinco momentos para a lavagem.⁽²⁰⁾

O tempo médio necessário para lavagem das mãos é de 40 a 60 segundos. Porém, os resultados deste estudo demonstraram que em 100% das observações, os profissionais realizaram a lavagem das mãos em tempo inferior ao preconizado pela literatura.⁽¹³⁾

É importante destacar a necessidade de preparar os materiais e as soluções utilizando técnicas assépticas. Diante do exposto, das sete ações observadas no preparo do ambiente e material utilizado na administração de medicamentos endovenosos, poucos atingiram resultado desejável, caracterizando, assim, um problema identificado, visto que a desinfecção do material e da bancada, a organização e seleção do material adequado para o procedimento e disposição organizada de todo o material são imprescindíveis para o desempenho do procedimento com êxito.⁽⁹⁾

No preparo da medicação, foi encontrado resultado seguro em apenas duas ações. A preparação medicamentosa para cada paciente deve ocorrer separadamente, garantindo a conferência de todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a data estão disponíveis.⁽¹⁵⁾

As falhas relacionadas às normas de biossegurança foram as que mais se destacaram. Um dos cuidados para redução dessas falhas seria a assepsia dos materiais para realização dos procedimentos, como também a lavagem das mãos, a utilização adequada de materiais estéreis e dos equipamentos de proteção individual, medidas simples e de baixo custo, as quais promovem redução de erros de medicação. Contudo, a não adoção destas pode acarretar contaminação ao paciente, gerando infecções e surgimento de

patógenos resistentes aos fármacos. ⁽¹⁶⁾

Limitações do estudo

Entre as principais limitações, destacou-se a recusa de alguns profissionais em participar do estudo e local de preparação dos medicamentos pequeno, tornando a visualização difícil.

Contribuições para a prática

O estudo trás importantes contribuições, por analisar a prática de administração de medicamentos e identificar possíveis falhas cometidas pela equipe de enfermagem e assim conscientizar as unidades sobre a importância de uma educação contínua. Uma educação continuada nos hospitais mantém os profissionais atualizados e diminui as chances de erros cometidos.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem durante o processo de administração de medicamentos endovenosos, de acordo com achados de desempenho desejável, adequado ou seguro: lê a prescrição médica; dispõe de bandeja ou cuba rim, confere rótulo da medicação com a prescrição; dilui medicação em diluente adequado ao medicamento; seleciona o local adequando relacionado com a prescrição; aguarda a evaporação do antisséptico; fixa o cateter adequadamente; confere o medicamento relacionando com a prescrição; confere o paciente com o nome que constava na prescrição; instala medicação/soroterapia conforme prescrição médica; descarta adequadamente os materiais utilizados durante o procedimento; registra/checa imediatamente no prontuário/prescrição após administração de medicamento; e mantém paciente confortável.

As ações com índice de positividade sofrível foram: explica o procedimento para o paciente; acalma o paciente; realiza limpeza da bancada; usa equipamento de proteção individual; faz desinfecção da ampola ou frasco-ampola; separa bolas de algodão com e sem álcool; escolhe serin-

ga compatível com o volume a ser administrado; seleciona adequadamente a agulha para aspiração; verifica a integridade dos invólucros; inspeciona o frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras ou vazamentos; observa a data de validade do medicamento; identifica medicação/soro após preparado; aplica o garrote 15 a 20 cm acima do local da punção venosa; realiza antisepsia da pele no local a ser puncionado com algodão embebido em álcool a 70%; retira adornos; higieniza as mãos; monitora paciente; registra queixa e/ou reações adversas apresentadas pelo paciente; e orienta paciente e/ou responsável.

Dessa forma, possibilitou-se realizar diagnóstico situacional da equipe de enfermagem na atuação do preparo e da administração de medicamentos, que permitirá aperfeiçoamento da qualidade da assistência à saúde, contribuindo para resolução dos problemas identificados, por meio da efetivação de práticas eficazes.

No entanto, destaca-se a necessidade da realização de novos estudos, em outros contextos, com metodologias de avaliação diferenciadas, com a finalidade de tornar o processo mais seguro. Além disso, nota-se a importância da educação permanente para realização de treinamento e sensibilização dos profissionais, para que seja realizada prática segura no processo de administração de medicamento EV.

AGRADECIMENTOS :

Esta pesquisa contou com a bolsa de estudo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para todas as autoras.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Concepção, desenho, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final: Deyse Maria Alves Rocha, Eva Anny Welly de Sousa Brito, Thais Lima Vieira de Souza, Rafaela de Oliveira Mota, Maira de Ciero Miranda, Francisca Elisângela, Teixeira Lima

REFERÊNCIAS

1. Woldman EA, Sato AP. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. *Revista de saúde pública*. [Internet]. 2016;50:68. [cited 2019 set 27]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050000232.pdf
2. Souza AFR, Queiroz JC, Vieira AN, Solon LGS, Bezerra ELSF. Os erros de medicação e os fatores de risco associados a sua prescrição. *Enferm. Foco* 2019; 10 (4): 12-16 [cited 2020 fev 27]. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1900/598>

3. Lanzillotti LS, Andrade CLT, Mendes W, Seta MH. Eventos adversos e incidentes sem dano em recém-nascidos notificados no Brasil, nos anos 2007 a 2013. *Cad. Saúde Pública* 2016 Set;32(9). [cited 2019 out 20]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00100415.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolos básicos de segurança do paciente. 2016 [cited 2020 fev 27] Available from: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>
5. Nascimento MA, Freitas K, Oliveira CGS. Erros na administração de medicamentos na prática assistencial da equipe de enfermagem: Uma revisão sistemática. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Aracaju*. Outubro 2016. [cited 2019 out 20]. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/3533/2000>
6. Llapa-Rodriguez EO, Silva LSL, Mendes MO, Oliveira JKA, Currie LM. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e2017-0029. [cited 2019 out 22]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v38n4/1983-1447-rgefn-38-04-e2017-0029.pdf>
7. Silva MVRS, Carvalho Filha FSS, Lando GA, Branco TB, Viana LMM, Silva HMC. Cuidados na administração de medicamentos: as responsabilidades dos profissionais de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. Recife, 11(Supl. 2):950-8, fev 2017. [cited 2019 out 22]. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13464/16159>
8. Etelvino MAL, Santos ND, Aguiar BGC, Assis TG. Segurança do paciente, uma análise do aprazamento de medicamentos. *Enferm. Foco* 2019; 10 (4): 87-92. [cited 2020 fev 27]. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2251/622>
9. Silva MFB, Santana JF. Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. *Arq. Catarin Med*. 2018 out.-dez; 47(4):146-154. [cited 2019 out 22]. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/359/321>
10. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. Cultura de Segurança & Gestão. Medicação Segura é tema escolhido pela OMS para próximo Desafio Global de Segurança do Paciente, 2017. [cited 2019 out 22]. Available from: <https://www.seguranca-dopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/medicacao-segura-e-tema-escolhido-pela-oms-para-proximo-desafio-global-de-seguranca-do-paciente/>
11. Murasaki ACY, Versa GLGS, Ballucci Júnior JÁ, Meireles VC, Vituri DW, Matsuda LM. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. *Esc Ana Nery (impr.)* 2013 jan-mar; 17(1):11-16. [cited 2019 out 23]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100002
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, 2013. [cited 2020 fev 27]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente, higienização das mãos; 2013. [cited 2020 fev 27]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-higienizacao-das-maos>
14. Mendes JR, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Okuno MFP, Batista REA. Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos. *einstein (São Paulo)*. 2018;16(3):1-6. [cited 2020 fev 27] Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n3/pt_2317-6385-eins-16-03-eAO4146.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 46p. [cited 2020 fev 26]. Available from: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_medicamentos.pdf
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 6 de Novembro de 2017. Novo código de ética de Enfermagem. [cited 2020 fev 26]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
17. Silva ACA, Silva JF, Santos LRO, Avelino FVSD, Santos AMR, Pereira AFM. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: Revisão integrativa da literatura *Cogitare Enferm*. 2016 v. 21 n. esp: 01-09. [cited 2019 out 23]. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763>
18. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de Saúde); 2005. [cited 2019 out 23]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-485-de-11-de-novembro-de-2005>
19. Fernandes BKC, Freitas ABN, Coutinho DTR, Queiroz TA, Freitas MC. Preparo e administração de medicamentos em idosos hospitalizados. 2018. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(3), 151-163, ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil. [cited 2020 fev 26]. Available from: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/41453/27913>
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual de referência técnica para higiene das mãos; 2015. [cited 2019 out 23]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-de-referencia-tecnica-para-a-higiene-das-maos7>

CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM LESÕES DE PELE HOSPITALIZADOS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICA

Rochelli Bernardes Stefanello¹ <https://orcid.org/0000-0002-6604-0932>

Silvana Mara Janing Prazeres² <https://orcid.org/0000-0002-4071-8039>

Fernanda Silva dos Santos² <https://orcid.org/0000-0001-8613-578X>

Joel Rolim Mância² <https://orcid.org/0000-0001-9817-2537>

Sandra Maria Cezar Leal² <https://orcid.org/0000-0003-4611-0988>

Objetivo: caracterizar os pacientes com lesões de pele no início e no fim da internação hospitalar. **Método:** estudo transversal. Participaram 45 pacientes com lesões de pele. Incluídos pacientes avaliados pela enfermeira, no mínimo duas vezes durante a internação. Dados coletados do prontuário eletrônico e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial no programa SPSS®. **Resultados:** maioria de idosos, sexo feminino, média de idade de 67 anos, motivo de internação vascular e comorbidades associadas, tempo médio de internação, 21 dias e desfecho de alta hospitalar. A ferida prevalente foi a lesão por pressão localizada na região lombo-sacra. Os ácidos graxos essenciais, seguidos do alginato de cálcio e da hidrofibra de prata, foram os mais utilizados. Os escores de classificação de risco foram Moderado/Elevado para o desenvolvimento de Lesão por Pressão. **Conclusão:** Conhecer as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes com lesões de pele, instrumentaliza para o planejamento e implantação da assistência integral e sistematizada.

Descritores: Ferimentos e Lesões; Bandagens; Enfermagem.

CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH SKIN WOUNDS HOSPITALIZED ON CLINICAL/SURGICAL INPATIENT UNITS

Objective: To characterize patients with skin lesions at the beginning and end of hospital stay. **Method:** cross-sectional study conducted; 45 patients with skin lesions participated. Included patients evaluated by the nurse at least twice during hospitalization. Data collected from the electronic medical record and analyzed using descriptive and inferential statistics in the SPSS® program. **Results:** majority of the elderly, female, mean age of 67 years, reason for vascular hospitalization and associated comorbidities, mean length of stay, 21 days and outcome of hospital discharge. The prevalent wound was the pressure injury located in the lumbosacral region. Essential fatty acids, followed by calcium alginate and silver hydrofiber, were the most used. Risk rating scores were Moderate / High for the development of Pressure Injury. **Conclusion:** Knowing the sociodemographic and epidemiological characteristics of patients with skin lesions, instruments for the planning and implementation of comprehensive and systematized care.

Descriptors: Wounds and Injuries; Bandages; Nursing.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON LESIONES DE LA PIEL HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CIRUGÍA CLÍNICA

Objetivo: caracterizar a los pacientes con lesiones cutáneas al inicio y al final de la estancia hospitalaria. **Método:** estudio transversal. Participaron 45 pacientes con lesiones cutáneas. Pacientes incluidos evaluados por la enfermera al menos dos veces durante la hospitalización. Datos recopilados del registro médico electrónico y analizados mediante estadísticas descriptivas e inferenciales en el programa SPSS®. **Resultados:** mayoría de los ancianos, mujeres, edad media de 67 años, motivo de hospitalización vascular y comorbidades asociadas, duración media de la estancia, 21 días y resultado del alta hospitalaria. La herida prevalente fue la lesión por presión ubicada en la región lumbosacra. Los ácidos grasos esenciales, seguidos por alginato de calcio e hidrofibra de plata, fueron los más utilizados. Los puntajes de calificación de riesgo fueron Moderado / Alto para el desarrollo de Lesión por Presión. **Conclusión:** Conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de pacientes con lesiones cutáneas, instrumentos para la planificación e implementación de atención integral y sistematizada.

Descriptores: lesiones y lesiones; Vendajes; Enfermería.

¹Hospital Divina Providência, Porto Alegre/RS..

²Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS.

Autor correspondente: Joel Rolim Mância. - E-mail: joelrm@unisinis.br

INTRODUÇÃO

O aumento na demanda de atendimentos às pessoas com feridas passou a ser um desafio enfrentado por toda a equipe multiprofissional de saúde, especialmente, na prática diária da enfermagem, no tratamento e na prevenção dessas lesões. É função do profissional enfermeiro avaliar a lesão, prescrever a cobertura indicada para cada tipo de ferida, além de orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na execução do curativo⁽¹⁾. O tratamento de pacientes com lesões de pele, no âmbito hospitalar, necessita do envolvimento de uma equipe multiprofissional. Tais lesões são responsáveis por longas permanências hospitalares, na maioria das vezes em decorrência de tratamentos prolongados, sobretudo em pacientes com a mobilidade comprometida⁽²⁾. As feridas são consideradas um problema grave, responsáveis por significativos índices de morbimortalidade⁽³⁾.

Ao identificar os tipos de lesões cutâneas mais frequentes que acometem os pacientes hospitalizados, o enfermeiro necessita planejar, organizar, implementar e avaliar as ações do cuidado prestado às pessoas com lesões agudas e crônicas, objetivando minimizar o tempo de internação e a consequente diminuição dos custos por internações prolongadas⁽⁴⁾.

O conceito de lesão de pele ou ferida é tão variado quanto os tipos existentes, sendo definido como a ruptura estrutural e fisiológica do tegumento cutâneo, da membrana mucosa ou de qualquer parte do corpo, podendo ser causada por agentes físicos, químicos ou biológicos. As feridas variam em extensão e profundidade, podendo ser superficiais, quando limitadas à epiderme, à derme e à hipoderme, ou profundas, quando fâscias, músculos, aponeuroses, articulações, cartilagens, tendões, ligamentos, ossos, vasos e órgãos cavitários são atingidos⁽⁵⁾. A ferida é aguda quando há ruptura da vascularização com desencadeamento imediato do processo de hemostasia e crônica quando há desvio na sequência do processo cicatricial fisiológico, sendo caracterizada por uma resposta mais proliferativa do que exsudativa⁽⁴⁾.

Entre as feridas de maior incidência no ambiente hospitalar estão as lesões por pressão (LP), que frequentemente são complicações decorrentes de um quadro clínico instável e acarretam na ampliação da internação do paciente⁽⁶⁾. Assim, faz-se necessária a aplicação de escalas para avaliar o risco e prevenir esse tipo de lesão. São vários os tipos de escalas, dentre as quais a Escala de Braden (EB) é uma das mais utilizadas e consiste em seis subitens, que são: percepção sensorial – capacidade de responder à pressão e ao desconforto; umidade – nível em que a pele é exposta; atividade – grau de atividade física; mobilidade – disposição de controlar a posição do corpo; nutrição – padrão de consumo alimentar; fric-

ção – quando ocorre atrito entre superfícies; cisalhamento – quando o paciente desliza na cama, o esqueleto e os tecidos se movimentam, mas a pele permanece inerte⁽⁷⁾. Nesse contexto, para identificar a complexidade assistencial, pode-se utilizar a escala Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)⁽⁸⁾. A escala SCP consiste em um instrumento para estimar as necessidades diárias dos pacientes em relação à assistência de enfermagem a partir de 1960⁽⁸⁾.

A partir do exposto, o objetivo geral deste estudo foi caracterizar os pacientes com lesões de pele hospitalizados nas Unidades de Internação Clínico-Cirúrgica de um hospital privado de Porto Alegre/RS.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal.

Participantes da pesquisa (população e amostra, critérios de inclusão e exclusão);

Os participantes foram 45 pacientes com lesões de pele hospitalizados na internação clínica/cirúrgica no ano de 2015. Como critério de inclusão, o paciente deveria ter sido avaliado pelo enfermeiro com indicação de curativos especiais, e o registro do procedimento deveria constar no prontuário eletrônico TASY no item “*evolução feridas e curativos*”. Os critérios de exclusão foram: o uso de coberturas especiais para a prevenção de lesões de pele; menos de dois registros de avaliação de lesão de pele, realizada pelo enfermeiro durante o período de hospitalização.

Local do estudo

Hospital privado de média complexidade localizado em Porto Alegre/RS, com capacidade de 151 leitos. O estudo foi realizado nas três unidades de internação clínica/cirúrgica (4º, 5º e 6º andar) constituída por 51 leitos, que atende pacientes clínicos, crônicos, acamados e/ou dependentes, com nível de complexidade assistencial intermediário e semi-intensivo. No 4º andar estão concentrados pacientes da maternidade, com cuidados mínimos.

A equipe de enfermagem nas três unidades é composta por oito enfermeiras, 40 técnicos de enfermagem, duas secretárias e duas auxiliares geral. Na instituição está implantada a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) e as enfermeiras desta unidade desenvolvem quatro das cinco fases do Processo de Enfermagem: Avaliação, Diagnóstico, Planejamento e Implementação.

Nas unidades de internação os pacientes são avaliados diariamente pelo enfermeiro pelo Sistema de Classificação de Pacientes⁽⁸⁾ (SCP). Na admissão é realizada avaliação do risco

de lesão por pressão com a Escala de Braden⁽⁷⁾, que é repetida semanalmente.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no prontuário eletrônico (item: “**evolução feridas e curativos**”), desenvolvida na unidade de internação clínica/cirúrgica.

Procedimentos de análise

Os dados foram inseridos e analisados no programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0 e analisados por estatística descritiva. Nas análises de estatística inferencial, foram realizados o teste t de Student e a análise de variância para comparações múltiplas (ANOVA) com **post hoc** de Tukey. Foi considerado significativo um $p < 0,05$.

Procedimentos éticos

As questões éticas seguiram as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde⁽⁹⁾. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (nº 1.786.403 e CAAE 60785916.4.0000.5344).

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com análise dos registros dos prontuários de 45 pacientes com lesão de pele hospitalizados, que atenderam os critérios de inclusão. Dos quais 55,3% (25) eram mulheres, média de idade foi $60,7 \pm 18,9$ e 48,9% (22) haviam cursado até o ensino fundamental. Na Tabela 1 apresenta-se a distribuição quanto ao motivo de internação, às comorbidades associadas, à mobilidade, à continência/eliminações, ao tempo de hospitalização e ao desfecho

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes com lesão de pele internados nas Unidades de Internação Clínico-Cirúrgica quanto ao motivo de internação, às comorbidades associadas, à continência/eliminações, à mobilidade, ao tempo de hospitalização e ao desfecho. Porto Alegre, 2017.

Variáveis	N = 45
Motivo de internação	
Vascular	15 (33,3)
Ferida Infectada	10 (22,2)
Clínico	8 (17,7)
Cirúrgico	6 (13,3)
Desbridamento de ferida	6 (13,3)
Comorbidades associadas	
HAS	25 (55,5)
DM II	9 (20,0)
DM I	5 (11,1)
Vaculopatia periférica	3 (6,7)
Outros	3 (6,7)

Mobilidade	
Acamado	21 (45,7)
Deambula normalmente	14 (30,4)
Deambula com auxílio	10 (23,9)
Continência/Eliminações	
Uso de Fraldas	18 (69,2)
Tempo de hospitalização (dias)	
	21,0 (12,0 - 59,7)
Desfecho	
Alta	40 (87,0)
Óbito	5 (13,0)

Legenda: *Variáveis dicotômicas apresentadas por N (%); #Variáveis contínuas apresentadas por média (desvio padrão) ou mediana (amplitude); DM: diabetes Mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica.

Nota: dados descritos em mediana (intervalo interquartil).

Quanto às regiões do corpo acometidas pelas lesões de pele, membros inferiores (30,3%), regiões lombo-sacra (28,3%) e trocantérica (17,3%). Na Tabela 2, há a caracterização das lesões de pele quanto ao tipo de ferida, bem como quanto ao aspecto da borda, da pele adjacente e do exsudato, à realização do desbridamento cirúrgico, e ao tipo de coberturas utilizadas para os curativos. A Tabela 3 apresenta a distribuição dos pacientes com lesão de pele quanto à pontuação da Escala de Braden e do SCP.

Tabela 2 - Distribuição das lesões de pele dos pacientes internados nas Unidades de Internação Clínico-Cirúrgica quanto ao tipo da lesão, ao aspecto da borda, da pele adjacente e do exsudato, e ao desbridamento. Porto Alegre, 2017.

Variáveis	N = 45
Tipo de lesão	
Lesão por pressão	20 (44,4)
FO complicada	14 (31,1)
Úlcera varicosa	5 (11,1)
Erisipela	1 (2,2)
Pé diabético	3 (6,6)
Outros	2 (4,4)
Aspecto da borda*¹	
Irregular	16 (84,2)
Regular	3 (15,8)
Pele adjacente*¹	
Íntegra	12 (52,2)
Macerada	7 (30,4)
Dermatite periférica	4 (17,4)
Aspecto exsudato*¹	
Seroso	12 (38,7)
Purulento	8 (25,8)
Sanguinolento	7 (22,5)
Serosanguinolento	4 (12,9)
Desbridamento	
Sim	21 (75,0)

Legenda: *Variáveis dicotômicas apresentadas por N (%); #Variáveis contínuas apresentadas por média (desvio padrão) ou mediana (amplitude).¹Para definir o percentual, foram considerados os registros das evoluções nas quais constam informações sobre o aspecto da borda da lesão (19), da pele adjacente à lesão (23) e do exsudato (31).

Na instituição em estudo, a EB é feita na admissão do paciente, e repetida semanalmente e a cada alteração do seu estado geral. Já a SCP é feita na admissão do paciente e repetida diariamente. Os dados analisados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes com lesões de pele internados nas Unidades de Internação Clínico-Cirúrgica quanto à idade, ao tempo de hospitalização e à avaliação com a EB e com o SCP. Porto Alegre, 2017.

Variáveis	5º andar	6º andar
Idade (anos)	74,5 ± 16,4*	64,6 ± 14,4
Tempo de hospitalização	28,6 ± 14,0	56,3 ± 12,3
Braden inicial	14,9 ± 3,8	14,5 ± 6,4
Braden final	10,3 ± 6,5	11,6 ± 4,8
SCP inicial	32,3 ± 5,9*	29,3 ± 6,7
SCP final	30,8 ± 8,7*	28,8 ± 6,0

Legenda: *Apresentam as diferenças significativas.

Nota: Diferença das médias avaliadas por ANOVA e *post hoc* de Tukey.

Quanto às coberturas, o número ultrapassou 100% devido ao uso de mais de uma cobertura em pacientes com mais de uma lesão ou o curativo com associação de coberturas. As mais frequentes foram: ácidos graxos essenciais 72% (41); alginato de cálcio 31,6% (18); hidrofibra de prata 24,6% (14); gaze não aderente 22,8% (13) e; papaina 10% 19,3% (11).

DISCUSSÃO

Quanto ao sexo, à idade e à escolaridade, identificou-se que a maioria era feminino (54,3%), idosa (67,0 ± 18,9) e 48,9% cursou até o ensino fundamental. Maior incidência de lesões em pacientes do sexo feminino pode também ser evidenciada na literatura, em que se alega que as mulheres apresentam três vezes mais chances de desenvolver lesões de pele⁽¹⁰⁾. As mulheres têm maior longevidade que os homens, o que as leva a períodos mais longos de doenças crônicas com o aumento do tempo médio de institucionalização⁽¹¹⁾. Isso as

deixa mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesões de pele. Ademais, o idoso também está mais suscetível ao agravamento devido às alterações fisiológicas, as quais acometem a função e o aspecto da pele⁽¹²⁾. Também ocorre diminuição da resposta inflamatória, da síntese de colágeno e conjuntamente, há um aumento da fragilidade capilar e do tempo de epitelização, resultando em retardamento das fases de cicatrização⁽¹³⁾.

O nível educacional pode interferir no desenvolvimento da capacidade de compreensão do tratamento indicado e na prática do autocuidado^(14,15). Nesta perspectiva, é necessário que o enfermeiro desenvolva, junto com a equipe assistencial, um processo de ensino-aprendizagem que considere o perfil de escolaridade. É importante que os pacientes aprendam a controlar os fatores que podem interferir no processo de cicatrização das lesões de pele⁽¹⁶⁾.

Os problemas vasculares (33,3%) foi o motivo de internação mais recorrente. As comorbidades associadas à HAS e ao DM foram as mais frequentes, representando 55,5% e 31,1% dos casos, respectivamente. Comorbidades são consideradas um fator de causa intrínseca no desenvolvimento de lesões de pele, sobretudo nas doenças crônicas como as cardiovasculares e o DM⁽¹⁷⁾.

Tanto a HAS como o DM interferem e comprometem o processo de cicatrização devido às complicações vasculares⁽¹⁵⁾. Além disso, associam-se às dislipidemias, afetando os leitos vasculares e a microcirculação, causando disfunção endotelial e aterosclerose, com aumento do risco de desenvolvimento de úlceras e lesões nos membros inferiores⁽¹⁸⁾.

Quanto à mobilidade dos pacientes deste estudo, 45,7% estavam acamados, o que contribuiu para o aumento dos riscos de se ter lesões de pele. Pacientes hospitalizados, podem apresentar diferentes graus de comprometimento motor, frequentemente permanecendo limitados ao leito, acamados por longos períodos, e desenvolvendo algum tipo de lesão de pele⁽²⁾. Limitações da mobilidade causadas por outras sequelas também são fatores associados ao risco de desenvolver uma lesão de pele⁽¹⁹⁾.

Quanto à continência/eliminações, a maioria dos pacientes fazia uso de fraldas, o que expõe a pele à umidade, ao microclima e a possíveis lesões cutâneas. O uso de fralda determina higiene perineal e de hidratação local da pele após as eliminações, pois o contato da pele com a urina por longos períodos ocasiona a maceração do tecido⁽²⁰⁾.

O tempo médio de internação hospitalar foi de 21,0 dias, variando entre 12,0 e 59,7 dias. No total, 87% tiveram alta para casa. Em relação às lesões de pele, este tipo de agravamento prolonga o tempo de hospitalização devido aos tratamentos serem prolongados⁽²⁾.

As LP foram as mais frequentes, representando 44,4% das internações. Outro estudo realizado aponta esse tipo de

agravo como uma das principais complicações que podem acometer os pacientes hospitalizados⁽²¹⁾. Resultados convergentes com pesquisas realizadas em Unidades de Internação Clínico-Cirúrgica indicam que os pacientes internados nestas unidades têm maiores chances de desenvolver LP durante a hospitalização^(12,22).

A LP é considerada um problema para os serviços de saúde e envolve diretamente a equipe interdisciplinar⁽²⁾. Trata-se de um fenômeno que, quando associado às condições clínicas do paciente, pode exceder os cuidados de enfermagem, pois sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores intrínsecos e extrínsecos, como idade, comorbidades, entre outros⁽²³⁾. Entretanto, os profissionais de enfermagem desempenham papel crucial na prevenção da LP na medida em que asseguram a mobilidade, a oferta e administração de alimentos e a menor exposição à umidade, além de contribuírem para evitar a fricção e o cisalhamento⁽²⁴⁾.

As LP ocasionadas durante a internação aumentam os dias de internação e o custo do tratamento e reduzem a qualidade de vida dos pacientes⁽¹⁹⁾. Nesse contexto, são necessárias ações de cuidado com medidas preventivas de LP e com a adoção de protocolos que possibilitem a sistematização do cuidado⁽⁷⁾.

A borda irregular representou 84,2%. Em 75% foi realizado desbridamento cirúrgico pelo médico e pelo enfermeiro habilitado. A realização do desbridamento cirúrgico por enfermeiro tecnicamente apto e legalmente assistido vem somar efetivamente esforços à equipe de saúde, garantindo uma assistência de qualidade⁽²⁵⁾.

Neste estudo, os curativos ou coberturas especiais mais utilizadas, foram: ácidos graxos essenciais (AGE)⁽²⁶⁾; alginato de cálcio⁽²⁷⁾; hidrofibra de prata⁽²⁸⁾; gaze não aderente⁽²⁹⁾; e papaína 10%⁽³⁰⁾.

A cobertura ideal deve: promover impermeabilidade à água e aos fluidos; manter meio úmido e a temperatura adequada; proteger a ferida contra possíveis traumas mecânicos e infecções; viabilizar as trocas gasosas, absorver o exsudato e proporcionar o desbridamento, aliviando a dor⁽²⁶⁾. Portanto, a escolha do curativo deve ser realizada com a avaliação criteriosa da ferida, considerando a fisiologia da cicatrização e os elementos que possam contribuir para acelerar esse processo⁽³¹⁾.

Por fim, o planejamento da assistência de enfermagem a pacientes internados tem sido cada vez mais orientado pela utilização de escalas e diretrizes que identifiquem as condições dos pacientes⁽³²⁾. Neste estudo, quanto aos escores do SCP com as classificações de risco da EB, constatou-se que as duas escalas estão associadas entre si, confirmando que os pacientes internados nas Unidades de Internação Clíni-

co-Cirúrgica do 5º e 6º andar com classificação de cuidados intermediários no SCP concentram-se na classificação de risco Moderado/Elevado para o desenvolvimento de lesão por pressão (LP), o que justifica o predomínio da LP como a lesão mais frequente entre as lesões de pele. Como fator limitante, o 4º andar foi desconsiderado da análise comparativa, pois se trata de uma unidade distinta das demais, por concentrar pacientes da maternidade, com cuidados mínimos.

A EB tem como objetivo identificar o risco do paciente em desenvolver LP⁽¹⁹⁾. A SCP, por sua vez, é utilizada para determinar o grau de dependência do paciente em relação à equipe de enfermagem, à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade e aos custos da assistência de enfermagem⁽³³⁾. Sendo assim, ambas as escalas podem contribuir para a identificação de possíveis riscos.

A avaliação e monitorização das feridas permitem identificar o estado inicial da lesão e o sucesso do tratamento indicado, tornando premente a necessidade de registros confiáveis e universais⁽³⁴⁾. Portanto, a documentação e os registros de enfermagem são ferramentas importantes para qualificar o processo do cuidado e a SAE, promovendo a eficácia das intervenções.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo estão relacionadas aos registros nos prontuários que poderiam ser mais completos de modo a favorecer o estabelecimento de juízos de avaliação.

Contribuições para a prática

O estudo apresenta subsídios para implantação de ambulatórios para o acompanhamento de feridas complexas.

CONCLUSÃO

Considera-se que, a caracterização do paciente hospitalizado com lesões de pele, contribui para planejar e implantar assistência integral e sistematizada. Além disso, pode subsidiar atualização de protocolos clínicos específicos de prevenção e tratamento das lesões de pele, em especial a LP. Também se espera que se possa priorizar capacitações das equipes de enfermagem para a sistematização do cuidado, preconizando a prevenção das lesões de pele, com o objetivo de se construir uma instituição reconhecida na excelência por ter foco na prevenção e no tratamento das feridas com coberturas especiais.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES: Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Rochelli Bernardes Stefanello; Silvana Mara Janing Prazeres, Fernanda Silva dos Santos, Joel Rolim Mancia; Sandra Maria Cezar Leal.

REFERÊNCIAS

- 1 Rocha ACAA, Carneiro FAS, Souza MS. Tratamento domiciliar de feridas crônicas: relato de experiência da extensão na prática do cuidar. *Rev Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*. [Internet] 2014 [cited 2019 May 5]; (2):20-30. Disponível em: <<http://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/354/338>>.
- 2 Mattos RM, Melo FBS, Araújo AKC, Gomes GMS, Vasconcelos LDS, LDT Souza. Educação em saúde aos trabalhadores de enfermagem e acompanhantes sobre prevenção e tratamento de lesões de pele em dois hospitais de Petrolina- PE. *Interfaces - Revista de Extensão*. [Internet] 2015 [cited 2019 May 5] 3(1):22-32. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/44>>.
- 3 Oliveira FP, Oliveira BGRB, Santana RF, Paula BS, Candido JSC. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2016 [cited 2019 May 25]; 37(2):e55033. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160255033.pdf
- 4 Chibante CLP, Santos FHE, Santos TD. Perfil de clientes hospitalizados com lesões cutâneas. Perfil de clientes hospitalizados com lesões cutâneas. *Rev Cubana Enferm*. [Internet] 2015 [cited 2019 Jun 15]; 31(4). Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/895/136>>.
- 5 Geovanini T. Classificação e tipos de feridas. In: Geovanini T. *Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rideel; 2014.
- 6 Ferreira CJM, Chacon JMF, Blanes L, Góis AFT, Ferreira LM, Zucchi P. Aspectos epidemiológicos do paciente com úlcera por pressão na Unidade de Terapia Intensiva do pronto-socorro de um hospital de ensino de São Paulo. *Saúde Coletiva*. [Internet] 2013 [cited 2019 May 5]; 10(59):14-19. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/842/84228211003.pdf>>.
- 7 Otto C, Schumacher B, Wiese LPL, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. *Enferm foco*. [Internet] 2019 [cited 2019 May 5]; 10(1): 07-11. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Fatores-De-Risco-Para-o-Desenvolvimento-De-Les%C3%A3o-Por-Press%C3%A3o-Em-Pacientes-Cr%C3%ADticos.pdf>
- 8 Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de Classificação de Pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-am Enferm*. [Internet] 2005 [cited 2019 May 5]; 13(1):72-78. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12.pdf>>
- 9 Conselho Nacional de Saúde (BR)Resolução nº 466/12. Pesquisa em seres humanos. Homologada em 12 dezembro de 2012. *Diário Oficial da União Brasília* 2013 jun. 13; (12):Seção 1 p.59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
- 10Oliveira BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet] 2012 [cited 2019 Ago 12]; 14(1):156-163. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10322>>.
- 11 AF Lucena, CT Santos, Silva PAG, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *Rev Latino-am Enferm*. [Internet] 2011 [cited 2019 Ago 12]; 19(3):523-530. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300011&script=sci_arttext&tlng=pt>.
- 12 Barreto APCP, Araújo BC, Vieira JCM. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com úlceras por pressão. *Rev Enferm UFPE*. [Internet] 2011[cited 2019 Oct 5]; 5(9):215-2-60. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1838/pdf_681>.
- 13 Costa A, Dieamant G, Pereira ESP, Fávoro R, Assumpção EC, Ota FS et al. Eficácia in vitro e clínica do uso cosmético tópico de fitoestrógenos em pelefotoenvelhecida. *Surgicaland Cosmetic Dermatology*. [Internet] 2012 [cited 2019Ago 15]; 4(2):137-149. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1DzMp_9yEbaJ:www.surgicalcosmetic.org.br/exportar-pdf/4/4_n2_200_pt/Eficacia-in-vitro-e-clinica-do-uso-cosmetico-topico-de-fitoestrogenos-em-pele-fotoenvelhecida+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
- 14 Pérez Rodríguez MC, Godoy S, Mazzo A, Nogueira PC, Trevizan MA, Mendes IAC. Cuidado com os pés diabéticos antes e após intervenção educativa. *Rev Electrônica Trim Enferm*. [Internet] 2013 [cited 2019 Ago 12]; (29):53-62. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_clinica3.pdf>.
- 15 Simão CMF, Caliri MHL, Santos CB. Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2013 [cited 2019 May 5]; 26(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100006>.
- 16 Camacho ACLF, Santos RC, Joaquim FL, Louredo DS, Moraes IM, Silva EA. Estudo comparativo sobre a capacidade funcional

- de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas. *Rev Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. [Internet] 2015 [cited 2019 April 5]; 7(1):1954-1966. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3505/pdf_1435>.
- 17 Silva PD, Barbosa MH, Araújo DF, Oliveira LP, Melo AF. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet] 2011 [cited 2019 Jul 5]; 13(1):118-123. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/pdf/v13n1a13.pdf>.
- 18 Geovanini T. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras e lesões da pele. In: Geovanini T. *Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rideel; 2014.
- 19 Menegon DB, Bercini RR, Santos CT, Lucena AF, Pereira AGS, Scain SF. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera de pressão. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet] 2012 [cited 2019 May 5]; 21(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400016>.
- 20 Chimentão DMN, Domansky RC. Dermatite associada a incontinência. In: Domansky RC, Borges EL. *Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências*. Rio de Janeiro: Rubio; 2012.
- 21 Chavaglia SRR, Ohl RIB, Ferreira LA, Santiago VR, Abdanur AF, Soares AS. Caracterização de pacientes com lesão cutânea em unidades de internação médica e cirúrgica. *Rev Enferm UFPE*. [Internet] 2015 [cited 2019 Ago 15]; 9(1):183-192. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10324>>.
- 22 Santos CT, Oliveira CM, Pereira AGSP, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2013 [cited 2019 Oct 12]; 34(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100014>.
- 23 Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após implementação de um protocolo de prevenção. *Rev Latino-am Enferm*. [Internet] 2012 [cited 2019 Oct 5]; 20(2):07 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16>.
- 24 Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena AF. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2011 [cited 2019 Oct 5]; 32(4):703-710. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400010>.
- 25 Santos ICRV, Oliveira RC, Silva MA. Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. *Texto & Contexto Enfermagem*. [Internet] 2013 [cited 2019 Oct 5]; 22(1):184-192. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_22.pdf>.
- 26 Sood A, Granick MS, Tomaselli NL. Wound dressings and comparative effectiveness data. *Advances in Wound Care*. [Internet] 2014 [cited 2019 Oct 5]; 3(8):511-529. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4121107/>>.
- 27 Fan K, Tang J, Escandon J, Kirsner RS. State of the art in topical wound-healing products. *Plastic and Reconstructive Surgery*. [Internet] 2011 [cited 2019 May 5]; 127(1 S):44S-59S. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Fan/publication/49723084_State_of_the_Art_in_Topical_Wound-Healing_Products/links/0deec515c305abb441000000.pdf>.
- 28 Prazeres SJ, Silva ACB. Técnica e tecnologias no tratamento de feridas. In: Prazeres SJ. *Tratamento de feridas: teoria e prática*. Porto Alegre: Moriá; 2009.
- 29 Sasseron MGM. Atualidades em curativos oclusivos e semioclusivos. In: Malagutti W, Kakiyama CT. *Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. 3. ed. São Paulo: Martinari; 2015.
- 30 Guimarães MCSS, Geovanini T. Coberturas e novas tecnologias para o cuidado de feridas. In: Geovanini T. *Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rideel; 2014.
- 31 Melo EM, Fernandes VS. Avaliação do conhecimento do enfermeiro acerca das coberturas de última geração. *Revista Estima*. [Internet] 2011 [cited 2019 May 5]; 9(4):1tela. Disponível em: <<http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/69>>.
- 32 Urbanetto JS Santos MACN, Poltozi AF, Pechansky ALC, Hax G, Custódio A. A relação entre a dependência de cuidados, risco e úlcera por pressão. *Enferm Foco*. [Internet] 2012 [cited 2019 Oct 5]; 3(4). Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/384>>.
- 33 Gaidzinski RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000125&pid=S0104-1169200500010001200004&Ing=en>.
- 34 Antunes J, Carvalho P, Freire T, Marques F. Nursing records and wound healing evolution. *Journal of Aging & Innovation*. [Internet] 2015 [cited 2019 May 5]; 4(2):3-10. Disponível em: <<http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1-registos-feridas.pdf>>.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

Natana de Moraes Ramos¹

<https://orcid.org/0000-0002-6194-8757>

Jacira dos Santos Oliveira¹

<https://orcid.org/0000-0002-3863-3917>

Maria Naiane Rolim Nascimento²

<https://orcid.org/0000-0001-9115-1485>

Céli da Juliana de Oliveira²

<https://orcid.org/0000-0002-8900-6833>

Maria Miriam Lima da Nóbrega¹

<https://orcid.org/0000-0002-6431-0708>

Nuno Damácio de Carvalho Félix³

<https://orcid.org/0000-0002-0102-3023>

Objetivo: Elaborar enunciados de diagnósticos de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, com vistas ao cuidado intensivo às vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico, à luz da Teoria da Adaptação de Roy.

Método: Pesquisa metodológica, realizada em três etapas: construção dos enunciados diagnósticos de enfermagem da Classificação, na versão 2017; elaboração das definições operacionais dos enunciados; e validação de conteúdo por especialistas.

Resultados: Construíram-se 60 diagnósticos de enfermagem com respectivas definições operacionais. Destes, validaram-se 48 enunciados, com predomínio dos diagnósticos referentes ao modo adaptativo fisiológico. **Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem validados para cuidado com vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico apresentaram potencialidade para proporcionar adaptação do indivíduo e fortalecer o registro das necessidades identificadas por enfermeiros.

Descritores: Terminologia Padronizada em Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Isquemia Encefálica; Adaptação.

NURSING DIAGNOSTICS FROM ICNP® FOR STROKE VICTIMS

Objective: To elaborate nursing diagnosis statements of the International Classification for Nursing Practice for the intensive care of victims of ischemic stroke, in light of Roy's Theory of Adaptation. **Method:** Methodological research, carried out in three stages: construction of the diagnostic nursing statements of the Classification in the 2017 Version; elaboration of operational definitions of statements; and validation of content by experts. **Results:** Sixty nursing diagnoses were constructed with respective operational definitions. Of these, 48 statements were validated, predominating the diagnoses referring to the physiological adaptive mode. **Conclusion:** The validated nursing diagnoses for care of victims of ischemic cerebrovascular accident have the potential to adapt the individual and strengthen the registry of the needs identified by the nurses.

Descriptors: Standardized Nursing Terminology; Nursing Diagnosis; Stroke; Brain Ischemia; Adaptation.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE LA CIPE® PARA VÍCTIMAS DE ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS

Objetivo: Elaborar enunciados de diagnósticos de enfermería de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería para el cuidado intensivo a las víctimas de accidente vascular encefálico isquémico, a la luz de la Teoría de la Adaptación de Roy.

Método: Investigación metodológica, llevada a cabo en tres etapas: construcción de los enunciados diagnósticos de enfermería de la Clasificación, en la versión 2017; elaboración de las definiciones operativas de los enunciados; y validación de contenido por expertos. **Resultados:** Se construyeron 60 diagnósticos de enfermería con definiciones operativas. De estos, 48 enunciados fueron validados, predominaron los diagnósticos referentes al modo adaptativo fisiológico. **Conclusión:** Los diagnósticos de enfermería válidos para la atención a las víctimas de accidente vascular encefálico isquémico presentan potencialidad para proporcionar adaptación del individuo y fortalecer el registro de las necesidades identificadas por enfermeros.

Descritores: Terminología Normalizada de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Accidente Cerebrovascular; Isquemia Encefálica; Adaptación.

¹Universidade Federal da Paraíba, PB.

²Universidade Regional do Cariri, CE.

³Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, BA.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) versa sobre a especificidade profissional que envolve ações dinâmicas e inter-relacionadas para realização do cuidado de Enfermagem, com adoção de método para organização do trabalho profissional. Entre os possíveis métodos, tem-se o Processo de Enfermagem, ferramenta que orienta o cuidado de Enfermagem e a documentação da prática profissional, sendo o enfermeiro responsável pelo planejamento, pela organização, execução e avaliação para melhoria da assistência a pacientes⁽¹⁻²⁾.

O Processo de Enfermagem é composto por etapas, como o histórico, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação de Enfermagem. O Diagnóstico de Enfermagem consiste na identificação, por enfermeiros, das necessidades prioritárias que carecem de assistência para obter resultados satisfatórios⁽¹⁾, requer o raciocínio clínico para tomada de decisão quanto às intervenções de enfermagem e à utilização de sistema de classificação para registro da prática profissional. Esses vêm sendo cada vez mais objeto de estudo, devido à complexidade e possibilidade de consolidar a Enfermagem enquanto ciência, devendo apresentar aporte teórico como base para o planejamento, utilizando sistema de classificação para padronizar a linguagem profissional direcionada à determinada prioridade de saúde.

Nessa perspectiva, destaca-se o desenvolvimento dos sistemas de classificação em Enfermagem, dentre estes a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE®), de utilização abrangente, incluindo, na versão 2017, 4.326 termos distribuídos entre dez conceitos organizadores, 1.915 pré-condenados (relativos a diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem) e 2.401 primitivos⁽³⁾, auxiliando na documentação da assistência de Enfermagem, de modo sistemático, seguro e de qualidade.

Enquanto instrumental tecnológico de informação, essa classificação funciona como sistema de linguagem padronizada, capaz de fornecer dados que embasam o processo decisório de enfermeiros, possibilitando a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem⁽⁴⁾. O uso da CIPE® possibilita raciocínio clínico e visão crítica, colaborando para aperfeiçoamento dos conhecimentos de enfermeiros acerca dessa temática⁽⁵⁾.

No Brasil, desenvolveram-se estudos direcionados a várias prioridades de saúde envolvendo a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem em situações agudas e crônicas, em diferentes especificidades⁽⁶⁻⁹⁾. Entretanto, evidenciou-se lacuna no conhecimento quanto à terminologia específica para o cuidado de Enfermagem direcionado às vítimas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), em especial, oriundo de processo isquêmico.

O AVE é considerado uma das principais causas de morte em escala nacional e internacional, devido ao comprometimento neurológico focal ou global, que incide, subitamente, de provável origem vascular e ocasiona morte ou distúrbios funcionais, a exemplo de hemiplegia, afasia, cegueira, alterações táteis-proprioceptivas, mentais e cognitivas. Essas sequelas acarretam incapacidade total ou parcial da pessoa, gerando grandes implicações na qualidade de vida e elevados gastos financeiros para o sistema de saúde e impactos no orçamento familiar do sujeito doente. Os sintomas incluem ampla variedade de déficits neurológicos, os quais dependem da localização da injúria, do tamanho da área que está com a perfusão insuficiente e da quantidade do fluxo sanguíneo colateral⁽¹⁰⁾.

O AVE pode ser classificado como hemorrágico ou isquêmico, sendo a última mais frequente e de prognóstico clínico melhor, caracterizando-se pela cessação do fluxo sanguíneo (obstrução arterial por trombos ou êmbolos), em determinada área do encéfalo, responsável pelas principais causas de internações, resultando em algum tipo de deficiência, seja parcial ou completa, dificultando o retorno da pessoa às atividades diárias e gerando impacto na vida pessoal, familiar e social, transformando cotidianos⁽¹¹⁾.

Quanto ao AVE Isquêmico (AVEI), este é uma prioridade de saúde e insere-se no contexto do cuidado de Enfermagem, com a demanda de identificar as necessidades humanas, por meio dos Diagnósticos de Enfermagem, e a implementação de cuidados intensivos, norteados pela Teoria de Enfermagem¹² que favorece a promoção da adaptação à condição de saúde e as limitações advindas. Logo, objetivou-se elaborar enunciados de Diagnósticos de Enfermagem, da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, com vistas ao cuidado intensivo às vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico, à luz da Teoria da Adaptação de Roy.

MÉTODO

Tipo de estudo

Pesquisa metodológica.

Participantes do estudo

Enfermeiros especialistas, identificados pela análise na Plataforma *Lattes*, devendo estes obter a pontuação mínima de cinco pontos e preencher adequadamente os seguintes critérios: mestrado em Enfermagem (quatro pontos); mestrado em Enfermagem, com dissertação relevante para cuidados intensivos (um ponto); pesquisas (com publicações) na área de Diagnósticos de Enfermagem e/ou cuidados intensivos (dois pontos); artigo publicado em periódicos de referên-

cia para diagnósticos e/ou cuidados intensivos (dois pontos); doutorado voltado para diagnósticos e/ou cuidados intensivos (dois pontos); prática clínica de, pelo menos, um ano de duração na unidade de terapia intensiva (um ponto); e especialização com comprovada prática clínica ou residência em unidade de terapia intensiva (dois pontos). Identificaram-se 55 especialistas, os quais foram convidados a participar via *e-mail*. Do total, 15 especialistas aceitaram participar do estudo.

Local do estudo

Estudo realizado com enfermeiros especialistas de vários estados do Brasil.

Coleta dos dados

Realizou-se de agosto a dezembro de 2018. Os dados foram coletados em três etapas: 1) construção dos enunciados diagnósticos de enfermagem da CIPE®; 2) elaboração das definições operacionais dos Diagnósticos de Enfermagem; e 3) validação dos Diagnósticos de Enfermagem.

Na primeira etapa, os enunciados foram construídos com a consultoria de dois enfermeiros atuantes nos cuidados envolvendo vítimas de AVEI, selecionados pelos critérios: possuir titulação mínima de mestre em Enfermagem e atuar em serviços com a SAE implementada.

Utilizaram-se dos termos constantes na CIPE® versão 2017¹³, com base no modelo dos Sete Eixos da CIPE®, seguindo as recomendações do *International Council of Nurses (ICN)* e da ISO 18.104:2014¹⁴ que trata da integração de um modelo de terminologia de referência para Enfermagem, em que os Diagnósticos de Enfermagem devem ser elaborados por meio da utilização de um termo do Eixo Foco e um termo do Eixo Julgamento ou um achado clínico, podendo, ainda, incluir termos adicionais, se necessário, de outros eixos. Demandou-se a inclusão de termos especificadores em alguns enunciados para vinculá-los diretamente com os fenômenos identificados nas vítimas de AVEI.

Em seguida, procedeu-se à construção das definições operacionais dos diagnósticos, segunda etapa. Seguiram-se as seguintes etapas para elaboração das definições operacionais para os enunciados dos Diagnósticos de Enfermagem: desenvolvimento de definição preliminar; mapeamento do significado das definições dos conceitos; e afirmação da definição operacional⁽¹⁵⁾. Estas fases foram desenvolvidas pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo e avaliadas pelos consultores anteriormente referidos.

Para fase de definição preliminar, desenvolveu-se a significação teórica, incluindo ideias-chave e sinônimos, advindos da observação, experiência clínica e/ou literatura.

Esse momento foi fundamental para indicar o objetivo dos conceitos que foram definidos operacionalmente⁽¹⁵⁾. Para o mapeamento das definições, consultaram-se livros, dicionários de termos de Enfermagem e saúde e publicações científicas relacionadas ao cuidado de Enfermagem às vítimas de AVEI. Em seguida, realizou-se a organização das definições dos conceitos relacionados aos Diagnósticos de Enfermagem.

A última etapa do estudo versou sobre a validação dos Diagnósticos de Enfermagem. Disponibilizou-se formulário construído no *Google Drive Forms*®, por 30 dias consecutivos para os especialistas participantes do estudo. O formulário foi composto pelos Diagnósticos de Enfermagem e pelas respectivas definições, construídas nas etapas anteriores, permitindo que os especialistas avaliassem os itens de forma dicotômica, "concordo" ou "não concordo", utilizando-se do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) igual ou superior a 0,80, recomendado por autores no desenvolvimento de outro estudo⁽¹⁶⁾ com o mesmo sistema de classificação. No entanto, ao selecionar "não concordo", os especialistas foram orientados a fornecer sugestões para contribuir com o aprimoramento do estudo.

Procedimento de análise de dados

Organizaram-se os Diagnósticos de Enfermagem de acordo com os modos adaptativos, devido à inserção destes nas definições propostas pelo referencial teórico, os quais se identificaram de acordo com o código inserido na versão da Classificação. Realizou-se a exportação dos dados da validação para o programa *Microsoft Excel for Windows*® versão 2016, descritos em tabela e discutidos com a literatura nacional e internacional sobre a temática.

Aspectos éticos

Este estudo respeitou os preceitos éticos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, sob parecer nº 1.834.910. Os especialistas atestaram a participação no estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Elaboraram e definiram-se, operacionalmente, 60 Diagnósticos de Enfermagem da CIPE® versão 2017. Durante o processo de análise pelos especialistas, 48 enunciados foram validados, prevalecendo os classificados no modo Fisiológico (77,1%), seguidos respectivamente, pelo Autoconceito (8,3%), Interdependência (8,3%) e Desempenho de papel (6,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Diagnósticos de Enfermagem validados para vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico, de acordo com os modos adaptativos de Roy. Brasil, 2018.

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	IVC*
FISIOLÓGICO	Risco de Úlcera por Pressão (10027337)	1,00
	Comunicação, Prejudicada (10023370)	1,00
	Confusão, Aguda (10000449)	0,94
	Úlcera por Pressão (10025798)	0,94
	Memória, Prejudicada (10001203)	0,94
	Percepção Sensorial (10024042), Prejudicada	0,94
	Respiração, Prejudicada (10001316)	0,94
	Risco de Infecção (10015133)	0,94
	Risco de Integridade da Pele, Prejudicada (10015237)	0,94
	Risco de Queda (10015122)	0,94
	Risco de Trombose Venosa Profunda (10027509)	0,94
	Deglutição, Prejudicada (10001033)	0,93
	Incontinência Urinária (10025686)	0,93
	Cinestesia, Prejudicada (10034886)	0,87
	Desorientação (10001235)	0,87
	Hipóxia (10009608) Cerebral	0,87
	Paralisia (10022674)	0,87
	Paresia (10014075)	0,80
	Atividade Psicomotora, Prejudicada (10025087)	0,80
	Capacidade Adaptativa Intracraniana, Diminuída (10000828)	0,80
	Cognição, Prejudicada (10022321)	0,80
	Déficit Sensorial (10022730)	0,80
	Disfasia (10029802)	0,80
	Dor, Aguda (10000454)	0,80
	Estado de Alerta, Prejudicado (10027165)	0,80
	Hipotermia (10000761)	0,80
	Incontinência Intestinal (10027718)	0,80
	Mobilidade, Prejudicada (10001219)	0,80
	Perfusão Tissular Cerebral, Ineficaz (10001344)	0,80
	Pressão Arterial, Alterada (10022954)	0,80
	Reflexo Motor (10012257), Diminuído	0,80
	Risco de Aspiração (10015024)	0,80
	Risco de Hemorragia (10017268)	0,80
Risco de Hipotermia (10017275)	0,80	
Risco de Termorregulação, Prejudicada (10015244)	0,80	
Sono, Prejudicado (10027226)	0,80	
Visão, Prejudicada (10022748)	0,80	

AUTOCONCEITO	Ansiedade (10000477)	1,00
	Baixa Autoestima (10029507)	1,00
	Medo de Representar uma Carga para os Outros (10041671)	0,87
	Agitação (10025705)	0,80
DESEMPENHO DE PAPEL	Adaptação, Prejudicada (10022027)	1,00
	Déficit de Autocuidado (10023410)	0,87
	Risco de Enfrentamento Familiar, Prejudicado (10032364)	0,87
INTERDEPENDÊNCIA	Enfrentamento Familiar, Prejudicado (10034770)	0,94
	Capacidade de Executar Higiene Oral (ou Bucal), Prejudicada (10029645)	0,80
	Capacidade para Executar a Higiene Corporal, Prejudicada (10000987)	0,80
	Alimentação, por si próprio, Prejudicada (10000973)	0,80

Dentre os Diagnósticos de Enfermagem validados pelos especialistas, 38 foram negativos (79,2%) e 10 de risco (21,8%), não contemplando enunciados positivos. Aplicaram-se os termos especificadores “prejudicado”, “diminuído” e “cerebral”, com finalidade de relacionar diretamente os diagnósticos de enfermagem à prioridade de saúde do estudo.

DISCUSSÃO

No contexto de Cuidado de Enfermagem direcionado à vítima de AVEI, destaca-se a demanda de aporte teórico, para que se possa estruturar o cuidado efetivo e favoreça a interação entre enfermeiro-paciente-ambiente, na produção de estímulos e respostas⁶, que auxiliem vítimas durante o processo de adaptação ou restabelecimento do processo saúde-doença vivenciado.

Alinhada a tal perspectiva clínica, soma-se a potencial contribuição de enfermeiros, na identificação das necessidades e implementação do cuidado, por meio do Sistema de Classificação em Enfermagem, com foco no cuidado integral, com potencialidade para o registro e a inserção dos indicadores de Enfermagem nos sistemas de informação em saúde. Assim, os enunciados de Diagnósticos de Enfermagem, elaborados e validados neste estudo, colaboram com o cuidado clínico direcionado às vítimas de AVEI, com foco na prática profissional, nos serviços de saúde, com a utilização dos modos adaptativos de Roy.

Neste estudo, o modo fisiológico contemplou a maior quantidade de enunciados para prioridade de saúde e convergiu com estudo⁽¹⁷⁾ que utilizou a taxonomia da NANDA-I, Inc., cujos Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes nessa

população foram: Comunicação prejudicada, Deglutição prejudicada, Risco de aspiração, Mobilidade física prejudicada, Reflexo motor diminuído, Risco de queda. Esses enunciados, considerados válidos no presente estudo, demonstram a interseção entre as classificações, se considerados os dois sistemas, a NANDA-I, Inc., e a CIPE®.

Especificamente, quanto ao enunciado Comunicação, Prejudicada, 37,5% das vítimas de AVE apresentaram esse problema⁽¹⁸⁾. Apesar de o estudo não apresentar dados específicos para o tipo isquêmico, o que mais acomete a população, destaca-se a ocorrência de prejuízos na comunicação verbal. O enfermeiro utiliza a comunicação para identificar as necessidades de cuidado, assim como desenvolve estratégias alternativas, de forma não verbal, para possibilitá-la. Outra dificuldade comum nessa população relaciona-se ao Diagnóstico de Enfermagem Disfasia, cuja literatura aponta que 86,7% das vítimas apresentaram dificuldade para formar palavras ou sentenças⁽¹⁸⁾, corroborando com os especialistas deste estudo.

Em relação à Deglutição, Prejudicada, tem-se a necessidade de identificação e intervenção mais precoce possível, pois está associada, muitas vezes, a várias complicações, como a desidratação, a perda de peso, a má nutrição, o aumento das secreções orais que podem conduzir à obstrução das vias respiratórias⁽¹⁹⁾, elevando o Risco de Aspiração.

Estudo de validação do Diagnóstico de Enfermagem Risco para Aspiração, da NANDA-I, Inc., identificou que fatores de risco, como a deglutição e mobilidade física prejudicadas, são considerados bons preditores para o fenômeno⁽²⁰⁾. Nesse estudo, elaboraram-se dois enunciados relacionados aos

preditores referidos, Deglutição, Prejudicada e Mobilidade, Prejudicada, inferindo-se a correlação entre os sistemas de classificação e a importância da identificação precoce para evitar tais fenômenos nas vítimas com AVEI.

O enunciado Mobilidade, Prejudicada relaciona-se com o Risco de Quedas, conforme observado em outro estudo⁽²¹⁾. Elaboraram-se enunciados relacionados a alterações de mobilidade, como Paresia. Fenômenos como esses podem apresentar mecanismos de desalinhamento corporal, movimentação incorreta, imobilidade, manuseio e posicionamento inadequado, que podem ocasionar lesões por pressão. Essas sequelas implicam algum grau de dependência e cerca de 30 a 40% dos sobreviventes são impedidos de voltarem ao trabalho, requerendo auxílio no desempenho das atividades cotidianas básicas, necessitando da ajuda de outras pessoas para atos como a promoção da própria higiene e a realização das necessidades fisiológicas básicas⁽²²⁾.

As alterações na motricidade, no sistema nervoso, deficiência na oxigenação e perfusão cerebral também contribuem para o desenvolvimento de certo grau de dependência dos pacientes, em que, muitas vezes, encontram-se restritos ao leito e impossibilitados para realização de cuidados básicos, o que os tornam susceptíveis à perda da continuidade da pele, devido ao tempo de permanência hospitalizado e às fragilidades que o AVEI causa⁽²³⁾.

Desse modo, enfermeiros devem atentar para tais necessidades e não negligenciar possíveis Diagnósticos de Enfermagem relacionados à integridade da pele, como Risco de Integridade da Pele Prejudicada, Risco de Úlcera por Pressão e Úlcera por Pressão, com potencialidade de ocorrência na assistência às vítimas de AVEI, como relatado pelos especialistas envolvidos neste estudo.

Salienta-se que, neste estudo, houve ampla sugestão dos especialistas para substituição do termo úlcera por lesão, nos Diagnósticos de Enfermagem referidos, devido à modificação conceitual recomendada pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*⁽²⁴⁾. No entanto, a CIPE® 2017, ainda, utiliza o termo desatualizado, em que se tem a necessidade de discutir e atualizar os conceitos relevantes e adequados para o cuidado de Enfermagem. Destaca-se a elevada incidência dessas lesões em paciente críticos e a multicausalidade dos fatores de risco para o desenvolvimento, para os quais devem ser implementadas estratégias de prevenção, gerenciamento e gestão do cuidado⁽²⁵⁾.

Para o modo Autoconceito, onstruíram-se Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao contexto psicossocial, considerando que as vítimas de AVEI vivenciam alterações psicológicas e emocionais, como ansiedade e depressão⁽²⁶⁾. Estudo⁽²⁷⁾ identificou o Diagnóstico de Enfermagem Baixa Autoestima

em um caso clínico no contexto. A baixa autoestima pode ocasionar complicações psiquiátricas, sendo a depressão a mais frequente, legitimado por estudo outro desenvolvido²⁸. Aponta-se a relevância da atuação de enfermeiros, no tocante aos aspectos psíquicos, uma vez que estes costumam ser permanecidos em segundo plano. Esses profissionais, juntamente com os familiares, devem promover a autoestima dos pacientes, estimulando a participação destes na realização de cuidados básicos ou atividades para desenvolvimento de habilidades, a fim de favorecer adaptação às novas condições clínicas de saúde.

A presença de sequelas gera dependência durante realização das atividades de vida diária por parte dos pacientes, em que 66,18% das vítimas apresentam dependência entre moderada e severa⁽²⁹⁾. Esses dados estão relacionados ao modo Desempenho de papel, em que as vítimas de AVEI podem transitar da autonomia para dependência de forma abrupta, o que dificulta o processo de adaptação do paciente, demandando cuidados de Enfermagem para realização dos cuidados básicos.

No modo Interdependência, os enunciados validados destacaram a importância do apoio familiar para esses pacientes, pois não são raros os casos em que a pessoa permanece totalmente dependente psíquica e fisicamente. O período de hospitalização é o principal momento para os familiares iniciarem o aprendizado quanto aos cuidados necessários envolvendo o momento após AVEI, inclusive a higiene oral que tanto é relegada a segundo plano. O processo de recuperação do paciente, de forma geral, é lento e depende da assistência de equipe multiprofissional⁽³⁰⁾.

Pesquisa mostra que as práticas de higiene oral, quando realizadas de forma correta, são bastante benéficas aos pacientes críticos, pois estas reduzem a presença de bactérias que se alojam na cavidade oral⁽³¹⁾ que podem se deslocar para outros locais e ocasionar doenças oportunistas, o que complicaria o quadro clínico do paciente. Logo, enfermeiros devem identificar as necessidades e respostas humanas das vítimas de AVEI, considerando os modos adaptativos, as variações oriundas da individualidade das pessoas e a interação familiar e social destas.

Diante dessas necessidades, cabe aos profissionais fornecerem informações à pessoa e aos familiares que lhes permitam readaptar-se à nova situação de saúde⁽²⁹⁾. A necessidade de cuidado direto e a incapacidade de realizar atividades simples podem ser dispendiosos para os familiares. Perante tais mudanças, a pessoa doente e família têm que aprender a viver com as novas condições e conhecer estratégias que permitam readaptar-se, para que o sentimento de bem-estar, motivação, coragem, fé possam ser preservados⁽³¹⁾.

Limitações do estudo

Ao considerar o processo de pesquisa, teve-se como limitação o fato de que os termos utilizados para elaborar os enunciados Diagnósticos de Enfermagem não foram extraídos da prática clínica de enfermeiros com pessoas vítimas de AVEI, devido à dificuldade em acessar esses serviços especializados. No entanto, tal restrição foi amenizada, considerando que se construíram os Diagnósticos de Enfermagem utilizando-se dos termos constantes em um Sistema de Classificação de Enfermagem reconhecido internacionalmente e, posteriormente, validados por especialistas na área.

Contribuições para a prática

Apresenta-se o fornecimento de subsídio terminológico para facilitar o registro do cuidado de Enfermagem à vítima de AVEI, nos variados serviços de saúde, previamente avaliados por especialistas, favorecendo a geração de indicadores de cuidado mensuráveis para fomento da relevância da Enfermagem e respectivo impacto na saúde da população.

CONCLUSÃO

Elaboram-se enunciados Diagnósticos de Enfermagem para o cuidado às vítimas de AVEI, à luz da Teoria da Adaptação de Roy, em que se ponderaram 48 enunciados válidos pelos especialistas participantes do estudo, predominando o modo adaptativo fisiológico. Enfatiza-se a contribuição para avanço no conhecimento sobre as necessidades de cuidado de Enfermagem, além de promover maior entendimento e consolidação da classificação, o desenvolvimento da terminologia específica e estruturação futura de um subconjunto terminológico da CIPE® para subsidiar o registro do Processo de Enfermagem.

O presente estudo apresenta enunciado que contribui para o conhecimento dos fenômenos de enfermagem potenciais no cuidado à vítima de AVEI, de modo a auxiliar geração de evidências futuras para disciplina e prática clínica, com impacto na constituição de indicadores clínicos de enfermagem para prioridade de saúde eleita. Tem-se linguagem padronizada, baseada em sistema de classificação internacionalmente conhecido, a CIPE®, colaborando, portanto, para o progresso da Prática Avançada de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e da outras providências [Internet]. Brasília: 2009 [cited 2018 Mar 08]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
2. Gutiérrez MGR, Moraes SCR. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 10];70(2):436-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200436
3. Garcia TR, Bartz CC, Coenen AM. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In Garcia TR, organizadora. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2017*. Porto Alegre: Artmed, 2017. Cap. 2, p.24-39.
4. Clares JWB, Guedes MVC, Silva LF, Nóbrega MML, Freitas MC. Subset of nursing diagnoses for the elderly in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10];50(2):270-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200272
5. Primo CC, Trevizani CC, Tedesco JC, Leite FMC, Almeida MVS, Lima EFA. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem na assistência pré-natal. *Enferm. Foco* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 15]; 6 (1/4):17-23. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/571/253>
6. Silva RS, Pereira A, Nóbrega MML, Mussi FC. Construction and validation of nursing diagnoses for people in palliative care. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017;25:e2914. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100362
7. Dantas AMN, Silva KL, Nóbrega MML. Validation of nursing diagnoses, interventions and outcomes in a pediatric clinic. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 15];71(1):80-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100080&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
8. Souza Neto VL, Silva RAR, Silva CC, Negreiros RV, Rocha CCT, Nóbrega MML. Proposal of nursing care plan in people hospitalized with AIDS. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 02];51:e03204. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100406
9. Félix NDC, Ramos NM, Nascimento MNR, Moreira TMM, Oliveira CJ. Nursing diagnoses from ICNP® for people with metabolic syndrome. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 12];71(Suppl 1):467-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700467&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas [Internet]. Brasília, 2013 [cited 2018 Nov 08]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf

11. Rolim CLRC, Martins M. Quality of care for ischemic stroke in the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2019 Mar 20];27(11):2106-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20110011000004&lng=en&rm=iso&tlng=pt
12. Roy C, Andrews HA. *The Roy Adaptation Model*. 3th. New Jersey: Pearson, 2009.
13. International Council of Nurses (ICN). *International Classification for Nursing Practice (ICNP®)*. Genebra; 2018. [Internet] [cited 2018 Jun 24]. Available from: <http://www.old.icn.ch/what-we-do/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>
14. International Organization for Standardization. *Health Informatics--Categorial structures for representation of Nursing diagnoses and Nursing actions in terminological systems. (ISO/FDIS 18.104:2014)*. Genebra; 2014.
15. Lenz ER. *Operacionalization Nursing Concepts*. In Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. 4. ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2010. 504p.
16. Andrade LT, Garcia TR, Chianca TCM. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o componente sentidos da teoria de Roy, aplicados a adultos em neuroreabilitação. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dez 13]; 8(3):45-50. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1268/398>
17. Lima ACMACC, Silva AL, Guerra DR, Barbosa IV, Bezerra KC, Oriá MOB. Nursing diagnoses in patients with cerebral vascular accident: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 25];69(4):738-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400785&lng=en&nrml=iso&tlng=en
18. Chaves DBR, Costa AGS, Oliveira ARS, Silva VM, Araújo TL, Lopes MVO. Impaired verbal communication - research in the post cerebrovascular accident. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 20];14(5):877-85. Available from:
19. Oliveira ARS, Costa AGS, Morais HCC, Cavalcante TF, Lopes MVO, Araujo TL. Clinical factors predicting risk for aspiration and respiratory aspiration among patients with Stroke. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2019 Abr 10];23(2):216-24. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3609>
20. Cavalcante TF, Araujo TL, Moreira RP, Guedes NG, Lopes MVO, Silva VM. Clinical validation of the nursing diagnosis Risk for Aspiration among patients who experienced a cerebrovascular accident. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 02];21:250-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700031
21. Correia A, Pimenta C, Virella D. Agreement between instruments for assessing balance after stroke. *Saúde & Tecnologia* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 12];17:33-8. Available from: <https://web.estes.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/view/1701/1571>
22. Lopes Junior JEG, Freitas Junior HA, Figueiredo ADJ, Santana FM. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na estratégia de saúde da família. *Rev Fisioter S Fun* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 13];2(1):21-7. Available from: <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/193>
23. Nascimento KG, Chavaglia SRR, Pires PS, Ribeiro SBF, Barbosa MH. Clinical outcomes of ischemic stroke patients after thrombolytic therapy. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 22];29(6):650-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000600650&script=sci_arttext&tlng=en
24. National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Pressure Ulcer Stages Revised*. [Internet]. Washington, 2016. [cited 2018 Jan 15] Available from: <http://www.npuap.org/about-us/>
25. Otto C, Schumacher B, Wiese LPL, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 15]; 10 (1): 07-11. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1323/485>
26. Loupis YM, Faux SG. Family Conferences in stroke rehabilitation: a literature review. *J Stroke Cerebrovasc Dis* [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 01];22(6):883-93. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1052-3057\(12\)00408-9](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1052-3057(12)00408-9)
27. Brito-Brito PR, Fernandez-Gutierrez DA, Smith HM. Case study: community nursing care plan for a man with functional and psychosocial problems following a stroke. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 25];25(1):62-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25774001>
28. Costa TFC, Costa KNFM, Fernandes MGM, Martins PK, Brito SS. Quality of life of caregivers for patients of cerebrovascular accidents: association of (socio-demographic) characteristics and burden. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dez 05];49(2):245-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200245
29. Faria ACA, Martins MM, Schoeller SD, Matos LO. Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 06];70(3):495-503. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300495
30. Guimarães GR, Queiroz APG, Ferreira ACR. Establishment of a oral hygiene protocol in hospitalized patients at the ICU HUSF. *Braz J Periodontol* [Internet]. 2017 [cited 2018 Abr 15];27(1):07-10. Available from: http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2017/marco/REYPERIO_MAR%C3%87O_2017_PUBL_SITE_PAG-07_A_10%20-%2027-03-2017.pdf
31. Araújo JS, Silva SED, Santana ME, Santos LS, Sousa RF, Conceição VM, et al. The parallel side of caring unveiled by caregivers of patients sickened after stroke. *R bras ci Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2016 Fev 12];18(2):109-14. Available from: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/14105>

ACESSO À INSULINOTERAPIA DE USUÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Mariana da Conceição Santana Lima¹

<https://orcid.org/0000-0002-3561-1042>

Paulo Henrique Fernandes Santos²

<https://orcid.org/0000-0003-4533-0129>

Keila Cristianne Trindade da Cruz²

<https://orcid.org/0000-0001-8146-8323>

Lucas Cardoso dos Santos³

<https://orcid.org/0000-0002-7337-2759>

Valéria Bertonha Machado²

<https://orcid.org/0000-0003-1106-4571>

Juliane Andrade²

<https://orcid.org/0000-0002-4321-0118>

Objetivo: Caracterizar o perfil e o acesso à insulino terapia dos usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus atendidos no Ambulatório de Endocrinologia de um hospital universitário do Distrito Federal. **Método:** Estudo transversal, realizado de abril a maio de 2019. A amostra constituiu-se de 60 participantes com 18 anos ou mais. Foi aplicado questionário estruturado e os dados descritivos analisados pelo *software* PSPP. **Resultados:** Verificou-se que a maioria (86,7%) são mulheres, que os participantes obtêm insulina (93,3%), antidiabéticos orais (50,0%) e insumos (93,3%) no serviço público, e que metade desses participantes os adquirem na unidade de saúde. Ainda metade (53,3%) relatou ter interrompido o tratamento devido à falta desses medicamentos. **Conclusão:** O estudo evidenciou as fragilidades no acesso às redes de saúde do Distrito Federal em decorrência da falta de investimentos na Atenção Básica e da cultura hegemônica, sendo urgente o investimento nas redes de cuidado à luz das políticas de acesso.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Diabetes mellitus; Níveis de Atenção à Saúde, Assistência Integral à Saúde

ACCESS TO INSULIN THERAPY OF USERS WITH DIABETES MELLITUS ACCOMPANIED IN A SPECIALIZED OUTPATIENT CLINIC

Objective: To characterize the profile and access to insulin therapy of users with diabetes mellitus treated in the Endocrinology Outpatient Clinic in an university hospital of Distrito Federal. **Method:** Cross-sectional study, performed from April to May 2019. The sample consisted of 60 participants with 18 years or more. A structured questionnaire was applied and the descriptive data analyzed by the PSPP software. **Results:** It was found that the majority (86.7%) were women, that participants obtain insulin (93.3%), oral antidiabetics (50.0%) and inputs (93.3%) in the public service, and that half of these participants acquire it at the health unit. Half (53.3%) reported having interrupted the treatment due to the lack of these medications. **Conclusion:** The study showed the weaknesses in access to networks of health of Distrito Federal due to the lack of investment in primary health care and the hegemonic culture, being urgent the investment in care networks of care in the light of the access policies.

Descriptors: Health Services Accessibility; Diabetes Mellitus; Health Care Levels; Comprehensive Health Care

ACCESO A INSULINOTERAPIA DE USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS ACOMPAÑADO EN AMBULATORIO ESPECIALIZADO

Objetivo: caracterizar el perfil y el acceso a la terapia con insulina de los usuarios diagnosticados con Diabetes Mellitus atendidos en la Clínica Ambulatoria de Endocrinología de un hospital universitario en el Distrito Federal. **Método:** estudio transversal, realizado de abril a mayo de 2019. La muestra consistió en 60 participantes de 18 años o más. Se aplicó un cuestionario estructurado y los datos descriptivos fueron analizados por el software PSPP. **Resultados:** se encontró que la mayoría (86.7%) son mujeres, los participantes reciben insulina (93.3%), antidiabéticos orales (50.0%) e insumos (93.3%) en el servicio público, y la mitad de estos participantes los adquieren en el centro de salud. Todavía la mitad (53.3%) informó suspender el tratamiento debido a la falta de estos medicamentos. **Conclusión:** El estudio mostró las debilidades en el acceso a las redes de salud en el Distrito Federal debido a la falta de inversiones en atención primaria y cultura hegemónica, siendo urgente invertir en redes de atención a la luz de las políticas de acceso.

Descritores: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Diabetes Mellitus; Niveles de Atención de Salud; Atención Integral de Salud

¹Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ.

²Universidade de Brasília, DF.

³Universidade Estadual Paulista/Botucatu, SP.

Autor correspondente: Juliane Andrade E-mail: juenf_andrade@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define Diabetes Mellitus (DM) como uma desordem metabólica de múltipla etiologia⁽¹⁾. Atualmente a DM é classificada, de acordo com a sua etiologia, em quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional⁽²⁾.

Quanto ao tratamento, para a DM tipo 1, necessariamente a insulina é indicada, para a DM tipo 2, a terapêutica medicamentosa (antidiabéticos orais e insulinas) é utilizada quando não há controle glicêmico por meio da alimentação nem prática regular de exercício físico⁽²⁾. O objetivo principal do tratamento da DM consiste na obtenção de qualidade de vida e longevidade⁽³⁾.

Nesse contexto é necessária uma abordagem integral ao portador de DM e sua família, que seja apoiada na Rede de Atenção à Saúde (RAS), organizada de forma integrada e contribuidora para o acesso e acessibilidade dos usuários aos serviços e à continuidade do cuidado⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, faz-se necessário trazer a definição de acesso e acessibilidade:

Acessibilidade refere-se a características da oferta, sendo o aspecto que permite que as pessoas cheguem ao serviço e assim se estabeleça a atenção ao primeiro contato, e acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade, ou seja como os usuários experimentam essa característica no seu serviço de saúde^(5: 225).

Desse modo, a falta de acesso no tocante à carência de medicamentos e insumos para DM pode impactar diretamente no tratamento do indivíduo. Sabe-se que a dificuldade de acesso aos medicamentos está relacionado com um pior estado de saúde, busca por outras terapias, retornos ao serviço de saúde e maior gasto com o tratamento⁽⁶⁾.

Ao realizar atenção integral à saúde de usuários portadores de doenças crônicas, a assistência é direcionada e apoiada pelas RAS, que têm como estratégia a superação ao modo fragmentado de operar, buscando integração entre os pontos de atenção, permitindo que o usuário seja atendido em todas as suas necessidades. No entanto, quando o funcionamento desse sistema esbarra em uma cultura burocrática, desarticulada, torna-se lento e insatisfatório, impactando no cuidado⁽⁷⁾.

Diante do exposto, é fundamental um melhor entendimento sobre o acesso dos usuários aos medicamentos e insumos no tratamento da DM na realidade do Distrito Federal (DF), visando a reorganização das redes de atenção para o cuidado qualificado. Portanto, a presente investigação tem como objetivo caracterizar o perfil e o acesso à

insulinoterapia dos usuários com diagnóstico de DM atendidos no Ambulatório de Endocrinologia de um hospital universitário.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal.

Participantes da pesquisa

A amostra foi composta pela totalidade dos pacientes em uso de insulina com diagnóstico de DM tipo 1 e DM tipo 2, atendidos no Ambulatório de Endocrinologia (n=60) identificados com o auxílio do responsável pelo serviço.

Os critérios de inclusão foram: ser atendido no ambulatório supracitado, ter idade igual ou superior a 18 anos, ser residente no DF ou em municípios do estado de Goiás que ficam em seu entorno, ser portador de DM tipo 1 e tipo 2 em uso de insulina. Nenhum participante recusou ou desistiu de participar da pesquisa.

Local do Estudo

Realizado em um Ambulatório de Endocrinologia de um hospital universitário localizado na região centro-norte do DF. Tal serviço é referência para a Atenção Básica (AB) encaminhar usuários com DM sem êxito no controle dos níveis glicêmicos, além de acolher aqueles que chegam ao serviço sem encaminhamentos.

Quanto à RAS no DF, desde 2015 foram criadas regiões de saúde com estímulo à descentralização e regionalização. Assim, atualmente as 31 regiões administrativas do DF estão divididas em sete regiões de saúde (centro-sul, centro-norte, oeste, sudoeste, norte, leste e sul), separadas de acordo com a sua localidade e características regionais⁽⁸⁾.

Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu de abril a maio de 2019 por meio de um questionário estruturado, construído pelos pesquisadores, baseado em levantamento bibliográfico, utilizando questões da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil PNAUM-2013⁽⁹⁾ e o Caderno 36 do Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾. As variáveis foram analisadas em quatro blocos: perfil sociodemográfico, perfil clínico, terapêutica insulínica e acesso a medicamentos e insumos.

As entrevistas foram realizadas nos dias de retorno, após as consultas. Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa na sala de espera, sendo realizadas pela pesquisadora em lugar privativo, com duração média de 15 minutos.

Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados foram tabulados em uma planilha do programa *Microsoft Excel*, validados por dupla digitação e posteriormente submetidos à análise estatística descritiva com a utilização do Programa para Análise Estatística de Dados Amostrados - PSPP.

Procedimentos Éticos

Este estudo atendeu aos princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília com o parecer nº 3.262.426 de 12 de abril de 2019.

Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos e forma de participação e, para aqueles que aceitaram participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Entre os 60 participantes investigados, observou-se predominância de mulheres (86,7%), com idade entre 40 a 59 anos (45,0%) e com 60 anos ou mais (35,0%), sem estar casado ou com união estável (65,0%), com menos de oito anos de estudo concluído (56,6%) e a maioria da cor preta (41,7%). A faixa de concentração da renda per capita familiar foi entre R\$ 500,00 e R\$ 998,00 (43,3%), e, referente ao local de residência, houve representação de todas as regiões do Distrito Federal e entorno, sendo este último aquele com maior percentual (20,0%).

Quanto ao perfil clínico, predominaram diagnósticos há mais de 15 anos (35,0%), diabetes tipo 2 (78,3%), mais uma comorbidade além do diabetes (41,7) e ausência de complicação relacionada à diabetes (58,3%). Quanto ao tipo de insulina utilizada, a combinação Insulina Humana Recombinante - NPH e regular foi a mais utilizada (60,0%), seguida do uso de antidiabético oral (53,3%).

A Tabela 1 apresenta dados referentes à terapêutica insulínica, ressaltando-se que a maior parte dos participantes referiu ser o responsável pela aplicação de insulina (86,6%) e realizou a monitorização mais de duas vezes ao dia (81,6%). Quanto à educação em saúde, todos mencionaram receber orientação sobre a aplicação, sendo o profissional enfermeiro o mais citado (65,0%). A frequência de reutilização de seringas e agulhas foi de uma a oito vezes (93,3%).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis relacionadas à terapêutica insulínica dos usuários do ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário de Brasília. Brasília, DF. Brasil, 2019

Variáveis terapêuticas	n	%
Responsável pela aplicação da insulina		
Usuário	52	86,6
Família	7	11,7
Amigos	1	1,7
Frequência da aplicação da insulina por dia		
Uma vez	6	10,0
Duas vezes	7	11,7
Mais de duas vezes	47	78,3
Monitorização da glicemia capilar por dia		
Mais de duas vezes	49	81,6
Menos de duas vezes	7	11,7
Não monitora	4	6,7
Orientação para utilização da insulina		
Não	0	0
Sim	60	100
Profissional responsável pela orientação		
Médico	18	30,0
Farmacêutico	3	5,0
Enfermeiro	39	65,0
Reutilização de seringa e agulha		
Não reutiliza	3	5,0
Uma a oito vezes	56	93,3
Mais de oito	1	1,67

No que diz respeito aos componentes de acesso, demonstrados na tabela 2, verificou-se predominância de aquisição dos medicamentos no serviço público, no que se refere à insulina (93,3%) e antidiabéticos orais (50,0%), sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) o serviço de maior procura para essa aquisição. Quanto aos insumos para monitorização da glicemia capilar, glicosímetro, fita e lanceta, os participantes também declararam adquiri-los no setor público (93,3%). A aquisição de canetas se deu pelos serviços público e privado (23,3%), sendo o serviço público o mais utilizado (dados não mostrados na tabela 2).

Mais da metade (53,3%) dos participantes já interrompeu o tratamento em decorrência da falta de medicamentos e insumos. Quanto à acessibilidade, a maior parte (66,7%) não declarou dificuldade em relação ao deslocamento para o serviço de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis relacionadas ao acesso a medicamentos e insumos dos usuários em uso de insulino terapia do ambulatório de endocrinologia. Brasília, DF. Brasil, 2019

Variáveis de acesso	n	%
Serviço de aquisição de insulina (n=60)		
Público	56	93,3
Privado-compra	4	6,7
Serviço público de aquisição de insulina (n=56)		
UBS	32	57,1
Farmácia popular	17	30,4
Hospital	7	12,5
Serviço de aquisição de antidiabético (n=33)		
Público	30	91,0
Privado-compra	3	9,0
Serviço público de aquisição de antidiabético (n=30)		
UBS	23	76,7
Farmácia popular	7	23,3
Utilização de glicosímetro em casa		
Não	4	6,7
Sim	56	93,3
Serviço público de aquisição de glicosímetro (n=56)		
UBS	28	50,0

Farmácia popular	5	9,0
Hospital	23	41,0

Serviço público de aquisição de fita (n=56)

UBS	44	78,6
Farmácia popular	2	3,6
Hospital	10	17,8

Serviço público de aquisição lanceta (n=56)

UBS	40	71,4
Farmácia popular	5	9,0
Hospital	11	19,6

Interrupção do tratamento por falta de insumos e medicamentos (n=60)

Não	28	46,7
Sim	32	53,3

Insumos e medicamentos ausentes

Insumos	5	8,3
Medicamentos	10	16,7
Ambos	17	28,3

Formas de contornar a falta de insumos (n=32)

Comprou	18	56,2
Doação	2	6,3
Ficou sem	10	31,2
Ficou internada	2	6,3

Variáveis	n	%
Dificuldade de acessibilidade à UBS (n=60)		
Não	40	66,7
Sim	20	33,3

Motivo da dificuldade de acessibilidade ao serviço de saúde (n=20)		
Distância	11	55,0
Distância e dependência de terceiros	4	20,0
Distância e gastos	5	25,0

DISCUSSÃO

A presente pesquisa permitiu caracterizar o perfil e o acesso à insulino terapia dos usuários diabéticos. Desse modo, as variáveis foram organizadas de forma a refletir os determinantes para utilização dos serviços de saúde, por meio do entendimento sobre acesso a insulina e insumos relacionados.

No que diz respeito à variável sexo, a maioria dos participantes da pesquisa era do sexo feminino. No contexto dessa pesquisa, deve-se considerar a ênfase dada por políticas públicas na atenção à saúde materno-infantil que reforçam ainda mais essa diferenciação entre os gêneros na busca pelos serviços de saúde⁽¹¹⁾.

De modo geral, a amostra é composta por adultos, porém ressalta-se que 35% correspondem a uma população idosa. Esse achado pode ser justificado por alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, as quais estão relacionadas a um maior risco de morte prematura, maior associação com comorbidades e diminuição da qualidade de vida⁽²⁾.

O grau de instrução foi diversificado, predominando menos de oito anos de estudo, com renda de meio salário mínimo a um salário mínimo, e declarantes da cor preta. Uma investigação sobre acesso de mulheres aos serviços preventivos na Bahia, segundo raça/cor, mostrou que desigualdades sociodemográficas e raciais estão intimamente ligadas a uma barreira de acesso⁽¹²⁾. Outro estudo demonstrou que qualquer barreira ao acesso terá impacto maior sobre populações socioeconomicamente desfavorecidas, aumentando, assim, a discrepância do estado de saúde entre subgrupos da população⁽⁵⁾.

Quanto ao panorama clínico dos entrevistados, revelou-se que os usuários têm diagnóstico há mais de 15 anos e a maioria referiu não ter nenhuma complicação associada, o que contradiz o perfil de usuários atendidos em ambulatórios especializados, levando a inferir que os participantes não têm conhecimento suficiente do próprio estado de saúde ou deveriam ser atendidos na UBS.

Quanto às práticas insulínicas, os próprios entrevistados realizavam as aplicações, ideal para o indivíduo desempenhar o autocuidado. As orientações quanto ao manejo da terapia tendem a ser realizadas pelo enfermeiro, profissional mais citado pelos entrevistados. A orientação é uma ferramenta que permite promover o cuidado por intermédio da educação em saúde, contribuindo para a prevenção de agravos⁽¹³⁾.

Referente à utilização das seringas e agulhas, foi constatado que os participantes as reutilizavam de uma a oito vezes. Tal prática vai ao encontro da recomendação do MS

no Caderno 36⁽¹⁰⁾, o qual afirma que a reutilização pode ocorrer até oito vezes, desde que pela mesma pessoa. Por sua vez, sabe-se que a SBD⁽²⁾ classifica os itens como de uso único, o que faz refletir se os serviços conseguiriam suprir a demanda dos usuários diante dessa recomendação.

Para falar de acesso, é importante entender a organização da rede de cuidado ao paciente com doença crônica não transmissível (DCNT). Essa é formada por relações horizontais, devendo ser ordenada e coordenada pela AB, sendo este principal centro de comunicação⁽¹⁴⁾. Logo, o usuário deverá ser conduzido na rede de acordo com suas necessidades, considerando os agravos de maior relevância⁽¹⁷⁾.

No DF, como já citado, culturalmente a AB não teve investimento necessário e tanto os profissionais quanto os serviços de saúde ainda estão arraigados no modelo hegemônico, não havendo uma porta de entrada bem definida⁽⁶⁾. A entrada nos serviços de saúde está diretamente relacionada à disponibilidade de medicamentos, insumos e localização geográfica e leva em consideração aspectos qualitativos, nos quais o acolhimento, serviços e insumos prestados e valores no território são considerados⁽¹⁶⁾.

Ainda no âmbito do acesso, na presente investigação, os entrevistados relataram adquirir os medicamentos e insumos para prática de insulino terapia pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a maioria na UBS. Contudo, alguns adquiriram cada item em um serviço diferente, posto que as porcentagens de aquisição de insulina, antidiabéticos, glicosímetro, fita e lanceta diferiram. Tais dados encontram-se na contramão do que é previsto na Política Nacional de Atenção Básica sobre o papel da AB⁽¹⁷⁾.

O local de pesquisa integra a rede de atenção de DCNT, no entanto foi constatado que 20% da demanda do ambulatório pesquisado é de usuários do entorno, demonstrando mais uma vez a falta de organização da rede de cuidado. Os serviços prestados pelo poder público nas regiões do entorno são precários ou mesmo insuficientes, o que, conseqüentemente, impõe ao DF o acolhimento dessa demanda não atendida, extrapolando a área de abrangência sob sua responsabilidade sanitária⁽¹⁸⁾.

Na presente pesquisa, foi evidenciado que os entrevistados tiveram que interromper o tratamento pela falta de insumos e medicamentos, entretanto contornaram a situação por meio de compra com custeio próprio. O custo para usuários que adquirem apenas a insulina em farmácias comerciais é de R\$500,00 a R\$800,00 mensais⁽²⁾. O paciente que retira uma parte do seu orçamento familiar para poder tratar a própria doença tem grandes impactos nos aspectos pessoais, sociais e financeiros⁽¹⁹⁾.

Outra questão é a acessibilidade trazida por Starfield⁽⁵⁾,

a qual possibilita que os cidadãos cheguem aos serviços, ou seja, é o elemento estrutural necessário para ter acesso. Portanto, o local de atendimento deve ser acessível e disponível, características não evidenciadas nesta pesquisa, visto que os entrevistados se deslocam de várias regiões administrativas para buscar acesso.

Limitações do Estudo

As limitações do presente estudo encontram-se no tamanho amostral e na utilização das respostas autorrelatadas.

Contribuições para a Prática

Tendo em vista que a atuação dos profissionais de enfermagem é imprescindível para o fortalecimento do SUS, entende-se que os achados deste estudo fornecem a esses profissionais subsídios tanto para identificar fragilidades na consolidação das redes de atenção à saúde aos usuários com DCNT, quanto para o planejar ações destinadas a esse público específico. Além disso, promove reflexões para desenvolvimento de outras pesquisas na área de saúde e enfermagem relacionadas ao acesso à insulinoterapia dos usuários com DM.

CONCLUSÃO

A presente investigação pôde observar que, mesmo os

usuários sendo acompanhados no serviço de saúde público, nem todos adquirem os insumos e medicamentos para DM na rede pública e aqueles que o fazem não conseguem acesso em um único serviço. Portanto, a AB pode melhorar seu desempenho de ordenadora e coordenadora do cuidado, seguindo as diretrizes da AB de resolutividade da rede de atenção à saúde no DF.

Conclui-se que acessar medicamentos e insumos é um fator fundamental para o usuário na rede de cuidados, sendo mediado por determinantes que influenciam nesse acesso, tais como as desigualdades instituídas e a cultura de saúde, que implicam muitas barreiras. Assim, é urgente o empenho do poder público na organização da rede de cuidados à saúde dos usuários à luz das políticas de acesso.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

Autora 1 - concepção e/ou desenho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; **Autor 2**- redação do artigo; revisão crítica; revisão final; **Autora 3**- redação do artigo; revisão crítica; revisão final; **Autor 4** - redação do artigo; revisão crítica; revisão final; **Autora 5** - concepção e/ou desenho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; **Autora 6** - concepção e/ou desenho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica; revisão final.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. [Internet]. 1999 [acesso em 06 May 2019]. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9136\(199807\)15:7<539::AID-DIA668>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9136(199807)15:7<539::AID-DIA668>3.0.CO;2-S)
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. [Internet]. 2017 [acesso em 27 set 2018]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images-/2017/diretrizes/diretrizessbd20172018.pdf>.
3. Salci MA, Meireles BHS, Silva DMGV. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. Esc Anna Nery. [Internet]. 2018 [acesso em 27 set 2018]; 22(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0262>.
4. Colimoide FP, Meira MDD, Abdala GA, Oliveira SLSS. Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev. bioét. [Internet]. 2017 [acesso em 27 set 2018]; 25(3). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253218>.
5. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. [Internet] Brasília: UNESCO; 2002 [acesso em 27 set 2018]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/-bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.
6. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2013 [acesso em 06 jun 2019]; 29(4). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400007>

7. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2019 [acesso em 27 Aug 2019]; 23(1) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>
8. Fonseca HLP. A Reforma da Saúde de Brasília. *Ciênc. Saúde Coletiva*. [Internet]. 2019 [acesso em 06 jun 2019]; 24(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.07902019>.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente populacional: introdução, método e instrumentos/Série Phaum – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (Caderno 1). Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 04 jan 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_populacional_introducao_metodo_instrumentos.pdf
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 04 jan 2018]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
11. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2012 [acesso em 06 jun 2019]; 17(11). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
12. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde debate*. [Internet]. 2013 [acesso em 06 jun 2019]; 37(99). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400004>.
13. Oliveira PS, Bezerra EP, Andrade LL, Gomes PLF, Soares MJGO, Costa MML. Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na prevenção do pé diabético. *Care Online*. [Internet]. 2016 [acesso em 06 jun 2019]; 8(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4841-4849>.
14. Oliveira NRC. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. [Internet] São Luís: UFMA; 2016 [acesso em 27 set 2018]. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes01.pdf.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União*, 2 abr 2014. Seção 1.p 50
16. Penschansky DBA, Thomas JW. The concept of access - definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. [Internet]. 1981 [acesso em 06 jun 2019]; 19(2). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846>.
17. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Lígia G, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. [Internet] 2018 [acesso em 06 jun 2019]; 42(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
18. Tonhá ACM. Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 [acesso em 06 jun 2019]; 17(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.29422>.
19. Castro ARV, Grossi SAA. Custo do tratamento do diabetes mellitus tipo 1: dificuldades das famílias. *Acta paul. enferm.* [Internet] 2008 [acesso em 06 jun 2019]; 21(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400014>.

CRITÉRIOS CLÍNICOS E INSUMOS UTILIZADOS NO BANHO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO

Samara Cecília Sabino Pereira da Silva¹

Elizandra Cassia da Silva Oliveira¹

Regina Célia de Oliveira²

Ana Virginia Rodrigues Verissimo²

Katia Maria Mendes³

<https://orcid.org/0000-0001-8075-5144>

<https://orcid.org/0000-0002-4785-4375>

<https://orcid.org/0000-0002-6559-5872>

<https://orcid.org/0000-0002-4278-5315>

<https://orcid.org/0000-0001-6395>

Objetivo: Identificar os critérios clínicos e insumos utilizados para a administração do primeiro banho em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, internados em unidades de terapia intensiva neonatal. **Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, com base no Método Canguru/Ministério da Saúde, realizado em cinco unidades de terapia intensiva neonatal; população composta por 82 profissionais da equipe de enfermagem. **Resultados:** Os critérios clínicos não apontados na avaliação foram 19,5% para a saturação de oxigênio, 23,2% frequência cardíaca e 29,3% frequência respiratória. Os insumos utilizados na realização do primeiro banho: água de torneira aquecida (56,1%), com controle bacteriológico (52,4%), sabão líquido (89,0%), com pH neutro (76,8%). **Conclusão:** A não observância dos sinais clínicos e os insumos inadequados para a realização do banho do recém-nascido prematuro de muito baixo peso podem colocar em risco a segurança do paciente, emergindo adequações para fortalecimento da prática clínica da enfermagem.

Descritores: Recém-Nascido de Muito Baixo Peso; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem Neonatal; Banhos.

CLINICAL CRITERIA AND INPUTS USED IN THE BATH OF VERY LOW BIRTH WEIGHT PRETERM NEWBORNS

Objective: To identify the clinical criteria and inputs used for the administration of the first bath in a very low birth weight premature newborns in neonatal intensive care units. **Methods:** descriptive study, with a quantitative approach based on the Kangaroo/Ministry of Health Method, carried out in five neonatal intensive care units; population composed of 82 professionals from the nursing team. **Results:** The clinical criteria not mentioned in the evaluation were 19.5% for oxygen saturation, 23.2% heart rate and 29.3% respiratory rate. The inputs used in the first bath: heated tap water (56.1%), with bacteriological control (52.4%), liquid soap (89.0%), with neutral pH (76.8%). **Conclusion:** Failure to observe clinical signs and inadequate supplies for bathing the very low birth weight premature newborn can put patient safety at risk; emerging adaptations to strengthen clinical nursing practice.

Descriptors: Infant, Very Low Weight; Neonatal Intensive Care Units; Neonatal Nursing; Baths.

CRITERIOS CLÍNICOS E INSUMOS UTILIZADOS EN EL BAÑO DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO AL NACER

Objetivo: Identificar los criterios clínicos y los insumos utilizados para la administración del primer baño en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer en unidades de cuidados intensivos neonatales. **Método:** Estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, basado en el Método Canguro/Ministerio de Salud, realizado en cinco unidades de cuidados intensivos neonatales; población compuesta por 82 profesionales del equipo de enfermería. **Resultados:** Los criterios clínicos no mencionados en la evaluación fueron 19.5% para la saturación de oxígeno, 23.2% de frecuencia cardíaca y 29.3% de frecuencia respiratoria. Los insumos utilizados en el primer baño: agua caliente del grifo (56.1%), con control bacteriológico (52.4%), jabón líquido (89.0%), con pH neutro (76.8%). **Conclusión:** El incumplimiento de los signos clínicos y los suministros inadecuados para bañar al recién nacido prematuro de muy bajo peso pueden poner en riesgo la seguridad del paciente; adaptaciones emergentes para fortalecer la práctica clínica de enfermería.

Descritores: Infantil, Muy Bajo Peso; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales; Enfermería Neonatal; Baños.

¹Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, PE.

²Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pernambuco, PE.

³Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, Universidade de Pernambuco, PE.

Autor Correspondente: Elizandra Cassia da Silva Oliveira - Email:elizandra.cassia@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define recém-nascido prematuro como toda criança nascida viva antes de 37 semanas de gestação. Quanto ao peso de nascimento, o recém-nascido (RN) poderá ser considerado de muito baixo peso ao nascer quando o peso de nascimento for inferior a 1.500 gramas, independentemente da idade gestacional.⁽¹⁾ Apesar de representarem uma pequena parcela de 1 a 2% entre os recém-nascidos vivos, são ao mesmo tempo responsáveis por aproximadamente 25 a 30% da mortalidade infantil e 50 a 70% da mortalidade neonatal.⁽²⁾

Em virtude do avanço tecnológico e da introdução de novas práticas assistenciais no cuidado ao recém-nascido prematuro de muito baixo peso, percebe-se um aumento da sobrevivência neste grupo, na medida em que é assegurada a oportunidade de receber assistência especializada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).⁽³⁾

Observa-se que, na assistência direta e indireta ao recém-nascido na UTIN, o enfermeiro destaca-se na prestação do cuidado integral, que abrange desde a parte educativa aos pais até a coordenação, supervisão e execução dos cuidados de enfermagem junto à equipe de saúde. Dentre os procedimentos assistenciais realizados pela equipe de enfermagem na UTIN, destacam-se a punção venosa periférica, instalação e manutenção de cateteres orogástricos e vesicais, instalação da nutrição parenteral, realização de curativos, aspiração de vias aéreas, manutenção da intubação traqueal e administração do banho.⁽⁴⁾

Para o Ministério da Saúde (MS), o banho ao recém-nascido prematuro de muito baixo peso resulta em um nível alto de manipulação, que pode produzir diversas reações ao recém-nascido, entre elas, a hipotermia e os distúrbios cardiorrespiratórios.¹ Assim, o banho destes clientes exige uma avaliação conjunta dos sinais clínicos e insumos utilizados, que promovam segurança ao recém-nascido e ao profissional que o executa. Desta forma, a estabilidade hemodinâmica é um critério clínico essencial para a indicação do banho em recém-nascidos prematuros de muito baixos pesos internados em UTIN. Quando essa avaliação não é bem definida, poderá levar a piora clínica, aumento do tempo de internamento e custos para o estabelecimento de saúde. Entre os critérios clínicos para avaliar a estabilidade hemodinâmica destacam-se as frequências cardíaca e respiratória, cor da pele, tônus muscular, temperatura, entre outros.⁽⁵⁾

Outras características são encontradas no recém-nascido prematuro de muito baixo peso, tais como as peculiaridades da pele. O pH elevado da pele está associado com a formação tardia do manto ácido, que desempenha uma barreira bacteriostática. Sua não consolidação possibilita o desenca-

deamento de infecções, na medida que aumenta sua permeabilidade e absorção de soluções aplicadas.⁽⁶⁾ Estudo revela que 25% dos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso terão ao menos um episódio de sepse até o terceiro dia de vida, em situações em que a pele é a principal porta de entrada.⁽⁷⁾ Já no mundo, 350.000 recém-nascidos prematuros de muito baixo peso morrem decorrente de sepse e meningite, e 50% desses óbitos são na primeira semana de vida, quando a função de barreira da epiderme encontra-se mais comprometida. Nos países em desenvolvimento os índices de mortalidade chegar até 70%.⁽⁸⁻⁹⁾

No entanto, o banho tem sido considerado um procedimento de rotina em algumas UTIN em que a execução sem critérios pré-estabelecidos poderá implicar em piora clínica ao recém-nascido prematuro de muito baixo peso. Atrelado a isso, as evidências científicas são incipientes para subsidiar a realização do procedimento. Assim, esse estudo objetivou identificar os critérios clínicos e insumos utilizados para a administração do primeiro banho em recém-nascido prematuro de muito baixo peso internado em UTIN.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo descritivo, exploratório, transversal, com análise quantitativa dos dados.

População do estudo

A população do estudo foi composta por toda a equipe de enfermagem plantonista diurna das cinco UTIN participantes, cuja amostra foi de conveniência e correspondeu a 80% da população estudada.

A escolha pelos plantonistas diurnos se deu pelo fato de a administração do banho no recém-nascido ser realizada neste turno, conforme as rotinas institucionais dos hospitais pesquisados. Como critério de inclusão foi considerado o funcionário com no mínimo um ano de experiência assistencial direta ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal.

Local do estudo

O estudo foi realizado em cinco UTIN de instituições públicas de saúde de referência, localizadas na Zona da Mata e Região Metropolitana, no estado de Pernambuco. As da Região Metropolitana foram o Hospital das clínicas da UFPE com 08 leitos e a equipe de enfermagem composta por 17 enfermeiras e 28 técnicos de enfermagem, o Hospital Agamenon Magalhães com 16 leitos e a equipe de enfermagem composta por 12 enfermeiras e 48 técnicos de enfermagem, o Hospital Barão de Lucena com 18 leitos e a equipe de enfermagem

composta por 13 enfermeiras e 48 técnicos de enfermagem e o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM-UPE) com 10 leitos e a equipe de enfermagem composta por 06 enfermeiras e 30 técnicos de enfermagem. A UTIN da zona da mata foi o Hospital João Murilo de Oliveira com 10 leitos e a equipe de enfermagem composta por 14 enfermeiras e 32 técnicos de enfermagem. A pesquisa foi realizada no período de julho de 2017 a janeiro de 2018.

Coleta de dados

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador, utilizando um questionário semiestruturado baseado no manual técnico "Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru", do Ministério da saúde.⁽¹⁾ Para a coleta, o funcionário era convidado para um local reservado, dentro do próprio setor, para preenchimento e devolução do questionário caso concordasse em participar da pesquisa.

A primeira parte do questionário constou dos critérios clínicos do recém-nascido prematuro de muito baixo peso para a administração do primeiro banho: sinais clínicos avaliados e o tempo de vida pós-natal. A segunda parte constou da utilização dos insumos no primeiro banho: tipo de água, controle bacteriológico da água, tipo e pH do sabão. Para garantir a aplicabilidade do instrumento, foi realizado um teste piloto para adaptação das perguntas com o intuito de garantir um bom entendimento dos participantes.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados e analisados de forma descritiva, utilizando o EPI INFO, versão 3.5.2. Para verificar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson e/ou teste da Razão de Verossimilhança. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%.

Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer nº 1.595.406, atendendo as exigências éticas propostas pela Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Após a assinatura do TCLE pelos participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 82 profissionais de enfermagem dos cinco hospitais públicos estudados, dos quais 74,4% eram técnicos de enfermagem e 25,6% enfermeiros.

Na avaliação dos critérios clínicos elencados para a execução do primeiro banho em recém-nascidos de muito baixo peso pela equipe de enfermagem, 93,9% da equipe de enfer-

magem reconheceu a importância da avaliação dos critérios clínicos. Entretanto, 19,5% não apontaram avaliar a saturação de oxigênio, 23,2% a frequência cardíaca e 29,3% a frequência respiratória. Todavia, não houve significância estatística entre as variáveis analisadas entre as categorias profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) (Tabela 1).

Tabela 1 - Critérios clínicos utilizados pela equipe de enfermagem no primeiro banho de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso ao nascer em unidade de terapia intensiva neonatal (n=82). Recife, PE, Brasil, 2018.

Variável	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Grupo total	Valor p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sinais clínicos são avaliados antes da execução do banho				
Sim	21 (100)	56 (91,8)	77 (93,9)	p ⁽¹⁾ = 0,321
Não	-	5 (8,2)	5 (6,1)	
Temperatura Corporal				
Sim	19 (90,5)	56 (91,8)	75 (91,5)	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	2 (9,5)	5 (8,2)	7 (8,5)	
Saturação de oxigênio				
Sim	18 (85,7)	48 (78,7)	66 (80,5)	p ⁽¹⁾ = 0,750
Não	3 (14,3)	13 (21,3)	16 (19,5)	
Frequência cardíaca				
Sim	16 (76,2)	47 (77,0)	63 (76,8)	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	5 (23,8)	14 (23,0)	19 (23,2)	
Frequência respiratória				
Sim	16 (76,2)	42 (68,9)	58 (70,7)	p ⁽²⁾ = 0,524
Não	5 (23,8)	19 (31,1)	24 (29,3)	
Tempo de vida pós-natal (dias)				
Até um dia	6 (28,6)	21(34,4)	27 (32,9)	p ⁽¹⁾ = 0,697
2 a 14	5 (23,8)	17 (27,9)	22 (26,8)	
15 a 30	6 (28,6)	10 (16,4)	16 (19,5)	
Não tem padronização	4 (19,0)	13 (21,3)	17 (20,7)	

⁽¹⁾Teste Exato de Fisher. ⁽²⁾Teste Qui-quadrado de Pearson

Em relação aos insumos utilizados na realização do primeiro banho aos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso ao nascer, observa-se na Tabela 2 que o tipo de água mais citado foi o de torneira aquecida (56,1%), seguida de água destilada aquecida (26,8%). No controle bacteriológico da água, 52,4% da equipe de enfermagem apontou que havia controle bacteriológico na unidade. Entretanto, 42,7% não sabiam informar e 4,9% responderam não saber.

Quanto ao tipo de sabão utilizado, 89,0% da equipe de en-

fermagem citou ser o sabão líquido e 76,8%, com pH neutro. Não foi observado significância estatística entre as variáveis analisadas e as categorias profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Tabela 2 – Insumos utilizados pela equipe de enfermagem no primeiro banho de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso ao nascer em unidade de terapia intensiva neonatal (n=82). Recife, PE, Brasil, 2018.

Variável	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Grupo total	Valor p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Tipo de água utilizada				
Água de torneira aquecida	12 (57,1)	34 (55,7)	46 (56,1)	p ⁽¹⁾ = 0,649
Água filtrada ou fervida	-	5 (6,1)	5 (6,1)	
Água destilada aquecida	6 (28,6)	16 (26,2)	22 (26,8)	
Água deionizada aquecida	3 (14,3)	6 (9,8)	9 (11,0)	

Controle bacteriológico da água utilizada

Sim	13 (61,9)	30 (49,2)	43 (52,4)	p ⁽¹⁾ = 0,639
Não	1 (4,8)	3 (4,9)	4 (4,9)	
Não sabe	7 (33,3)	28 (45,9)	35 (42,7)	

Tipo de sabão utilizado

Sabão líquido	19(90,5)	54(88,5)	73(89,0)	p ⁽¹⁾ = 1,000
Clorexidina degermante	2(9,5)	5(8,2)	7(8,5)	
Não usa sabão	-	2(3,3)	2(2,4)	

Se sabão, qual é o pH do sabão utilizado

pH neutro	20(95,2)	43(70,5)	63(76,8)	p ⁽¹⁾ = 0,061
Não sabe	1(4,8)	16(26,2)	17(20,7)	

¹⁾Através do teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

O banho realizado nos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso em UTIN deve ser de forma protetiva, a fim de promover conforto, segurança e, especialmente, reduzir as complicações clínicas associadas ao procedimento. A hipotermia promovida durante a realização do banho é uma das complicações mais evidenciadas e investigadas nesta população, em virtude da sua produção limitada de calor, baixa reserva de gordura marrom e glicogênio.^(4,10,11) A hipotermia é responsável por repercussões hemodinâmicas graves, revelada neste estudo como o critério clínico mais avaliado pela equipe de enfermagem, para o primeiro banho.

Estudos realizados no México e na Coreia do Sul também identificaram que, durante o banho nos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, há significativa queda da saturação de oxigênio, aumento da frequência cardíaca e persistência da cianose de pele, além da necessidade de altas temperaturas da incubadora, para restabelecimento da temperatura corporal entre 36,5°C e 37,5°C, e aumento da oferta de oxigênio para manter a saturação entre 86% e 96,5%. Portanto, caso haja a persistência da taquicardia, um baixo débito cardíaco pode ocorrer, reduzindo a perfusão sistêmica e ocasionando hipotensão e acidose metabólica.⁽¹²⁻¹³⁾

Quanto ao sistema respiratório, o recém-nascido prematuro de muito baixo peso, apresenta ainda menos fibras tipo I, que são resistentes à fadiga e o tórax mais instável, que podem aumentar a frequência respiratória e causar fadiga, apneia, aumento dos padrões ventilatórios e maiores riscos a barotraumas durante momentos de stress, em que o banho está inserido.⁽¹⁴⁾

A monitorização clínica destes parâmetros (frequência cardíaca e respiratória) deve ser uma prática consolidada na assistência de enfermagem durante a rotina dos banhos realizados, entretanto, não foi evidenciada como rotina dos profissionais, nos resultados desta pesquisa, o que pode comprometer a qualidade da assistência de enfermagem relacionada a execução do banho.

Para segurança do recém-nascido prematuro de muito baixo peso que recebe o banho, o tempo de duração deve ser breve, com duração entre 5 e 7 minutos, para evitar o estresse após a primeira semana de vida. Além disso, estudo recomenda a limpeza da pele ao nascer apenas nos casos de infecção ao vírus da imunodeficiência humana, hepatite B e história materna incerta devido a doenças de transmissão transplacentária, como forma de reduzir a colonização da pele, pela presença de sangue e vernix caseoso.^(14,15)

Já o MS recomenda que os banhos de todos os recém-nascidos em UTIN sejam realizados apenas quando necessário, na presença de sujidade visível, limitando-se ao máximo de duas vezes por semana.⁽¹⁾ Na prática assistencial das equipes avaliadas neste estudo observou-se que a realização do banho ocorre de forma não individualizada e mecanizada, com predomínio nas primeiras 24 horas de vida ou sem padronização, contrapondo a recomendação do MS.

Assim, a hora de ouro ao nascer, considerada essencial para a sobrevivência e o prognóstico do recém-nascido prematuro

ro de muito baixo peso, e sua adaptação ao meio extrauterino, pode não estar sendo valorizada pela equipe de enfermagem, possivelmente por não conhecerem as complicações associadas à realização precoce do primeiro banho. Desta forma, reforça-se a importância da educação permanente na capacitação destes profissionais, dentro do ambiente intra-hospitalar.

O uso de água da torneira para o banho dos RN, sem conhecimento sobre a existência de controle bacteriológico da água pelos profissionais estudados contraria a recomendação dos protocolos americanos, que recomendam o uso de água potável morna, associada a um produto de limpeza suave, que apresente pH fisiologicamente adequado (5,5 a 7), para o primeiro banho dos RN de muito baixo peso.⁽⁶⁾

Em relação aos produtos utilizados para o banho, a grande maioria dos profissionais estudados utilizava sabonete líquido, contrapondo recomendação da *Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses*, que preconiza utilizar somente água morna com chumaço de algodão. A utilização de agentes tópicos pode destruir o manto ácido da pele do RN, desencadeando o aumento no seu pH, a mudança na composição da flora bacteriana cutânea e na atividade das enzimas da epiderme.⁽¹⁶⁾ Além disso, há interferências também na dissolução da gordura da superfície da epiderme, que predispõe à secura e à descamação da pele do recém-nascido.⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

Entretanto, pesquisas consideram a hipótese de que o banho dado apenas com água é ineficaz e pode alcalinizar a pele, pois aumenta o pH de 5,5 para 7,5 devido à capacidade de tamponamento da água. Em consequência disto, o manto ácido não consegue desenvolver sua função bacteriostática, permitindo ação de agentes patógenos, o que reforça a necessidade de inserir um sabão que apresente pH ácido.^(11,19)

Quanto ao pH do sabão utilizado, apesar de a maioria dos profissionais estudados utilizarem sabão neutro, a literatura científica indica o pH deve ser levemente ácido. Considerando a maturidade da pele do RN, o uso de produtos com o pH baixo (5,5) pode ajudar a desenvolver mais rapidamente o estrato córneo e o manto ácido do RN, pois, como citado, ela é essencial para a proteção contra agentes penetrantes exógenos, agentes infecciosos e para a manutenção da função imunológica inata.⁽²⁾

Todavia, o uso de sabão com pH elevado (alcalino) provoca um aumento do potencial de Hidrogênio da pele, o que, por sua vez, promove também a desidratação, a irritabilidade e a alteração da flora bacteriana. Pesquisas apontam que a aplicação de tratamentos ácidos tem sido proposta para tratar a inflamação e normalizar a estrutura e a função do estrato córneo, sendo efetiva também para acelerar a maturação da pele do RN prematuro, a partir da acidificação, bem como

para auxiliar no desenvolvimento e manutenção da barreira transcutânea.^(11,18)

O desconhecimento de parte da equipe de enfermagem sobre o pH do sabão utilizado ressalta a necessidade de as empresas incluírem a informação sobre pH dos produtos nos rótulos, bem como reforçar que este item seja verificado pelo profissional. Pesquisas realizadas no Brasil e nos Estados Unidos da América destacaram que as marcas mais populares possuem pH entre 11,41 a 6,07. Também foi evidenciado que as marcas mais vendidas não identificam o pH do produto, apenas informam que o produto é neutro, podendo seu pH ser alcalino.^(2,20) Ambas as pesquisas apontam ainda que a inclusão da informação sobre o pH no rótulo do produto permitiria aos pais e aos hospitais comprar mercadorias que condizem com a necessidade do RN e que comprometa a segurança do mesmo.

Limitações do Estudo

Como limitação, o estudo não permitiu comparar as respostas preenchidas no instrumento da pesquisa ao que efetivamente era realizado na prática da equipe de enfermagem pelos participantes da pesquisa, o que vem a ser recomendado para investigações futuras.

Contribuições do Estudo para a Prática

Este resultado reflete a necessidade de um novo olhar da equipe de enfermagem na realização do banho ao recém-nascido prematuro de muito baixo peso em UTIN, fundamentado mediante evidências científicas para boas, na tentativa de preservá-los dos prejuízos inerentes desses cuidados na fase neonatal.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa evidenciou que profissionais de enfermagem não observam os sinais clínicos e os insumos adequados para a realização do banho dos RN prematuros de muito baixo peso, o que pode colocar em risco a segurança destes pacientes. Esse conhecimento é essencial para a prática assistencial e, portanto, exige normatizações e rotinas institucionais respaldadas cientificamente para fortalecimento dos processos assistenciais da equipe de enfermagem.

Observou-se que há lacunas científicas quanto ao tipo de insumo indicado para o banho dos RN e o tempo ideal para o primeiro banho dos prematuros de muito baixo peso, que podem comprometer a prática de enfermagem.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

SCSPS, ECSO: concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados; SCSPS, ECSO, RCO: redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; AVRVR, KMM: revisão crítica e revisão final

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 jan.18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
2. Aredes NDA, Santos RCA, Fonseca LMM. Skin care of premature newborns: integrative review. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2017 [cited 2019 jan.30]; 19:a59. Available from: <http://doi.org/10.5216/ree.v19.43331>
3. Mosher S. Comprehensive NICU parental education: beyond baby basics. *Neonatal Netw.* [internet]. 2017 [cited 2019 jun.20]; 36(1):18-25. Available from: <https://doi.org/10.1891/0730-0832.36.1.18>
4. Ruschel LM, Pedrini DB, Cunha MLC. Hypothermia and the newborn's bath in the first hours of life. *Rev. Gaúcha Enferm.* [internet]. 2018 [cited 2019 jul. 10]; 39:e20170263. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472018000100452&lng=en
5. Loring C, Gregory K, Gargan B, LeBanc V, Lundgren D, Reilly J et al. Tub bathing improves thermoregulation of the late preterm infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [internet]. 2012 [cited 2019 jan.19]; 41(2):171-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01332.x>
6. Lund C. Bathing and Beyond: Current Bathing Controversies for Newborn Infants. *Adv Neonatal Care.* [internet]. 2016 [cited 2019 jan.19]; 16(Suppl 5S):S13-S20. Available from: <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000336>
7. Gao X, Simpson EL. Market trends in baby skin care products and implications for clinical practice. *Pediatr Dermatol.* [internet] 2014 [cited 2019 jan.19]; 31(6):734-738. Available from: <https://doi.org/10.1111/pde.12424>
8. Pugliesi VEM, Deutsch AD, Freitas M, Dornaus MFPS, Rebello CM. Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. *Rev Paul Pediatr.* [Internet]. 2009 [cited 2019 Mar 09]; 27(4):410-415. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a10>
9. Visscher MO, Taylor T, Narendran V. Neonatal intensive care practices and the influence on skin condition. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* [internet]. 2013 [cited 2019 Mar 09]; 27(4):486-93. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04470.x>
10. Kuller JM. Update on newborn bathing. *Newborn Infant. Nurs Rev.* [internet]. 2014 [cited 2019 jul.16]; 14(4):166-70. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2014.10.006>
11. Freitas P, Munhoz MMB, Costa P, Kimura AF. Efeito de duas técnicas de banho de imersão na temperatura axilar de recém-nascidos pré-termos: estudo piloto. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2018 [cited 2019 jul.16]; 27(1):e0580016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000580016>
12. So HS, You MA, Mun JY, Hwang MJ, Kim HK, Pyeon SJ et al. Effect of trunk-to-head bathing on physiological responses in newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [internet] 2014 [cited 2019 jul.16]; 43(6):742-751. Available from: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12496>
13. Bembich S, Fiani G, Strajn T, Sanesi C, Demarini S, Sanson G. Longitudinal Responses to Weighing and Bathing Procedures in Preterm Infants. *J Perinat Neonatal Nurs.* [internet] 2017 [cited 2019 jul. 10]; 31(1):67-74. Available from: <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000228>
14. Tapia-Rombo CA, Mendoza-Cortés U, Uscanga-Carrasco H, Sánchez-García L, Tena-Reyes D, López-Casillas EC. Variations of vital signs and peripheral oxygen saturation in critically ill preterm newborn, after sponge bathing. *Rev Invest Clin.* [internet]. 2012 [cited 2019 jul. 10]; 64(4):344-53. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn124e.pdf>
15. Medoff Cooper B, Holditch-Davis D, Verklan MT, Fraser-Askin D, Lamp J, Santa-Donato A et al. Newborn clinical outcomes of the AWHONN late preterm infant research-based practice project. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [internet] 2012 [cited 2019 jul. 10]; 41(6):774-785. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01401.x>
16. Lund C. Bathing and Beyond: Current Bathing Controversies for Newborn Infants. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2016 [cited 2019 mar.06]; 16:S13-20. Available from: <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000336>
17. Santos SV, Costa R. Skin care of the newborn: the state of art. *J Res Fundam Care Online.* [internet] 2015 [cited 2019 jul.16]; 7(3):2887-901. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3814>
18. Cunha MLC, Prociandy RS. Banho e colonização da pele do pré-termo. *Rev. Gaúcha de Enfermagem.* 2006 [citado em 2019 jul.18]; 27(2): 203-8. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23549/000549530.pdf>
19. Mendes BR, Shimabukuro DM, Uber M, Abagge KT. Critical assessment of the pH of children's soap. *J Pediatr.* [internet] 2016 [cited 2019 jul.14]; 92(3):290-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000300290&lng=en
20. Colwell A. To Bathe or Not to Bathe: The neonatal question. *Neonatal netw.* [internet] 2015 [citado em 2019 jul.05]; 34(4):216-9. Available from: <https://doi.org/10.1891/0730-0832.34.4.216>

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AOS SINAIS E SINTOMAS DA SEPSE

André Luiz Silva Alvim¹

<http://orcid.org/0000-0001-6119-6762>

Larissa Maria Silvano²

<https://orcid.org/0000-0002-5100-9211>

Rebeca Tavares de Melo Ribas²

<https://orcid.org/0000-0002-0821-456X>

Renata Lacerda Prata Rocha²

<http://orcid.org/0000-0002-4723-263X>

Objetivo: verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação aos sinais e sintomas da sepse. **Método:** estudo descritivo que foi realizado em um hospital de grande porte localizado na região leste de Belo Horizonte, MG, Brasil. A amostra contemplou 61 participantes atuantes no setor de internação que responderam um instrumento estruturado com 25 questões de múltipla escolha. **Resultados:** a maioria dos profissionais concordou totalmente sobre a temperatura >38°C (82,0%), oligúria (80,3%), frequência cardíaca >90 bpm (68,8%), delirium (59,0%) e hipotensão (80,3%). No entanto, os fenômenos cardiovasculares da sepse não obtiveram frequência satisfatória, pois a equipe de enfermagem discordou totalmente (49,2%) sobre a hipovolemia, vasodilatação periférica, depressão miocárdica, e hipermetabolismo. **Conclusão:** a equipe de enfermagem possui conhecimento adequado sobre a temática, porém observou-se dificuldade na identificação das disfunções cardiovasculares, reforçando a necessidade de treinamentos em relação ao protocolo gerenciado.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Sepse; Sinais e Sintomas; Equipe de Enfermagem.

KNOWLEDGE OF NURSING TEAM IN RELATION TO SEPSIS SIGNS AND SYMPTOMS

Objective: to verify the knowledge of nursing professionals regarding the signs and symptoms of sepsis. **Method:** a descriptive study that was performed in a large hospital located in the eastern region of Belo Horizonte, Brazil. The sample comprised 61 participants in the inpatient sector who answered a questionnaire with 25 objective and multiple choice questions. **Results:** most professionals totally agreed on temperature >38°C (82.0%), oliguria (80.3%), heart rate >90 (68.8%), delirium (59.0%) and hypotension (80.3%). However, cardiovascular phenomena in clinical findings did not reach satisfactory frequency, as nursing professionals totally disagreed (49.2%) about hypovolemia, peripheral vasodilation, myocardial depression, and hypermetabolism. **Conclusion:** the nursing staff has a good knowledge on the subject, but there was difficulty in correctly assessing cardiovascular phenomena, reinforcing the need for training in relation to the institutional protocol.

Descriptors: Quality of Health Care; Sepsis; Signs and Symptoms; Nursing, Team.

CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SEPSE

Objetivo: verificar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los signos y síntomas de la sepsis. **Método:** estudio descriptivo transversal que se realizó en un gran hospital ubicado en la región oriental de Belo Horizonte, MG, Brasil. La muestra estaba compuesta por 61 participantes del sector de pacientes hospitalizados que respondieron un cuestionario con 25 preguntas objetivas y de opción múltiple. **Resultados:** la mayoría de los profesionales declararon que el hospital del estudio tiene un protocolo de sepsis (95.1%) y recibió capacitación sobre el tema hace unos meses (77.1%). Sin embargo, los fenómenos cardiovasculares en los hallazgos clínicos no alcanzaron una frecuencia satisfactoria, ya que los profesionales de enfermería no estuvieron de acuerdo (49.2%) sobre la hipovolemia, la vasodilatación periférica, la depresión miocárdica y el hipermetabolismo. **Conclusión:** el personal de enfermería tiene un buen conocimiento sobre el tema, pero hubo dificultades para evaluar correctamente los fenómenos cardiovasculares, lo que refuerza la necesidad de capacitación en relación con el protocolo institucional.

Descritores: Calidad de la Atención de Salud; Sepsis; Signos y Síntomas; Grupo de Enfermería.

¹Universidade Federal de Minas Gerais/ Centro Universitário UMA, MG.

²Centro Universitário UMA, MG.

Autor Correspondente: André Luiz Alvim - E-mail: andrealvim1@hotmail.com

Recebido: 15/12/2019 - Aceito: 11/04/2020

INTRODUÇÃO

A sepse é considerada um grave problema de saúde pública por estar associada à elevada taxa de morbimortalidade nos serviços de saúde.⁽¹⁾ Conceitua-se como a disfunção orgânica decorrente de uma resposta inflamatória sistêmica do organismo associada a um processo infeccioso.⁽²⁾

No Brasil, estima-se que, aproximadamente, 600 mil pacientes sejam acometidos pela sepse anualmente, justificando ser o segundo país do mundo com maior número de casos. Além disso, o perfil epidemiológico nacional indica uma elevada taxa de letalidade, representando 54,5% dos óbitos em pacientes internados.^(3,4)

As manifestações clínicas da sepse dependem de alguns fatores como, local da infecção, doenças pré-existentes e do momento em que o diagnóstico é realizado.⁽⁴⁾ Para este fim, se faz necessário identificar pelo menos duas alterações sistêmicas iniciais, como as variações da temperatura corporal, da frequência cardíaca e respiratória, além das diferenças laboratoriais de células leucocitárias.⁽⁵⁾

Um dos desafios na identificação precoce da sepse diz respeito às manifestações clínicas que se assemelham a outros processos não infecciosos. Tal fato exige que os profissionais de saúde, em especial, a equipe de enfermagem reconheça esta disfunção orgânica, compreendendo suas definições e traçando ações baseadas em protocolos gerenciados e *bundles* para melhoria da qualidade assistencial.⁽²⁾

A equipe de enfermagem é muito importante nessa tarefa, já que permanece a maior parte do tempo à beira leito.⁽⁵⁾ Portanto, é essencial que esses profissionais planejem, coordenem e executem ações que venham reforçar a prevenção e o controle eficaz dos agravos infecciosos.⁽⁶⁾

O manejo ineficaz da sepse também pode estar relacionado à falta de conhecimento sobre o quadro clínico do paciente, atribuindo ao déficit na formação dos profissionais de saúde e pela falta de definições precisas em protocolos.⁽⁷⁾ Quando devidamente capacitados, os profissionais de enfermagem são capazes de realizar o reconhecimento precoce e adequado da sepse, implementando de forma eficaz as intervenções preconizadas pelo serviço de saúde.

Acredita-se que o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da sepse promoverá a redução da morbimortalidade hospitalar. Além disso, espera-se que este estudo possa identificar as lacunas atreladas à temática, buscando fortalecer o conhecimento científico para elaboração de novas diretrizes baseadas em evidências.

Sendo assim, este estudo objetivou verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação aos sinais e sintomas da sepse.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa.

Participantes da pesquisa

Para definição do número de participantes, não foi necessário cálculo amostral, visto que a seleção contemplou todos (100%) os profissionais de enfermagem. Assim, a população deste estudo foi composta por 6 enfermeiros, 53 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem, totalizando 61 participantes atuantes na unidade de internação.

Os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos, estar na instituição há mais de 6 meses e manifestar o interesse em participar deste estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluíram-se os profissionais que estavam de férias, folga ou ausentes no período de coleta dos dados.

Local do estudo

Realizado na unidade de internação de um hospital de grande porte localizado na região leste de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. O setor contempla 65 leitos destinados para o atendimento de pacientes clínicos. Além disso, a instituição possui 13 andares, 19 salas cirúrgicas para procedimentos de média e alta complexidade, mais de 1.000 leitos de internação e 170 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), destinados exclusivamente aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pelos próprios pesquisadores na segunda quinzena do mês de outubro de 2019, contemplando os plantões diurno e noturno. Utilizou-se um instrumento estruturado denominado "questionário de avaliação dos sinais e sintomas da sepse", que foi elaborado pelos autores com base na literatura nacional.^(7,8) O instrumento foi apresentado para três especialistas e posteriormente, realizado pré-teste como estratégia de avaliação das questões individuais em relação a coesão do texto. Por fim, direcionou-se a ferramenta para a plataforma *Google Docs*, sendo aplicado aos profissionais de enfermagem com auxílio de celulares e computadores presentes no próprio local.

O questionário possui 36 questões objetivas e de múltipla escolha. Adotou-se a escala de Likert, por ser uma das formas mais confiáveis de medir conhecimento, opinião e comportamento. As alternativas variaram de 1 a 4, sendo 1= discordo totalmente, 2= discordo parcialmente, 3= concordo parcialmente e 4= concordo totalmente. -

Os pesquisadores também mesclaram perguntas incorretas, visando aumentar o grau de dificuldade para avaliação do objeto de estudo. No entanto, as tabelas foram descritas apenas com as alternativas corretas.

As variáveis do estudo foram àquelas relacionadas ao perfil dos participantes (idade, categoria profissional, sexo, tempo de profissão, possui outro vínculo empregatício e o tempo de trabalho na instituição atual). Além dessas, foram incluídas

as variáveis sobre os aspectos gerais do protocolo de sepse, a capacitação dos profissionais e também, sobre o conhecimento acerca dos sinais e sintomas da sepse.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples para apresentação de valores absolutos e relativos sobre o perfil dos participantes e o conhecimento dos profissionais de enfermagem. Associaram-se as medidas de tendência central (mediana e moda) para interpretação da escala de Likert contemplada no instrumento estruturado. A média foi utilizada para as variáveis contínuas, como a idade, o tempo de trabalho e de profissão. Todas as análises foram realizadas pelo *software Epi Info* versão 7.0. As informações foram organizadas em tabelas utilizando a *Microsoft Excel* 2013.

Procedimentos éticos

Este estudo obedeceu todas as recomendações da Resolução nº 510 de 2016 e Portaria nº 466 de 2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número de parecer 3.602.786.

RESULTADOS

Do total (100%), destaca-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino (80,3%), técnicas de enfermagem (86,9%) e não possuía outro vínculo empregatício (65,6%). A idade variou entre 20 e 60 anos, com média de 36,9 ($\pm 9,6$). Já o tempo de trabalho na instituição atual alternou de 1 a 18 anos, com média de 4,9 ($\pm 3,5$) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos participantes do estudo (n= 61), Belo Horizonte, MG, Brasil, 2019.

Variáveis	n	%	éd	DP	Mín	Máx.
Idade	-	-	36,9	9,6	20	60
Categoria profissional:						
Técnico de enfermagem	53	86,9	-	-	-	-
Enfermeiro	6	9,8	-	-	-	-
Auxiliar de enfermagem	2	3,3	-	-	-	-
Sexo:						
Feminino	49	80,3	-	-	-	-
Masculino	12	19,7	-	-	-	-
Tempo de profissão	-	-	9,0	6,4	1,0	32
Possui outro vínculo empregatício:						
Não	40	65,6	-	-	-	-
Sim	21	34,4	-	-	-	-
Tempo de trabalho na instituição atual	-	-	4,9	3,5	1,0	18

Nota: *DP = Desvio Padrão.

Grande parte dos profissionais afirmou que o hospital de estudo possui protocolo de sepse (95,1%) e que recebeu treinamento sobre a temática há alguns meses (77,1%). Quase a metade dos participantes relata de forma autorreferida que sabem reconhecer um paciente séptico no serviço de saúde (47,5%) (Tabela 2).

Tabela 2. Aspectos gerais sobre protocolo, treinamento e reconhecimento da sepse (n= 61), Belo Horizonte, MG, Brasil, 2019.

Variáveis	n	%
A instituição possui protocolo de sepse:		
Sim	58	95,1
Não sei	3	4,9
Você recebeu treinamento sobre sepse:		
Sim	47	77,1
Não sei	8	13,1
Não	6	9,8
Se sim, há quanto tempo?		
Alguns dias	3	4,9
Alguns meses	33	54,1
Não sei	25	41,0
Você sabe reconhecer um paciente séptico?		
Sim	29	47,5
Talvez	26	42,6
Não	6	9,9

Os profissionais de enfermagem concordaram totalmente (67,2%) em relação à definição de sepse como resposta inflamatória sistêmica do organismo associada a um processo de infecção, caracterizada pela presença de disfunção orgânica. Na identificação precoce de um paciente séptico, também, destaca-se que os participantes concordaram totalmente (75,4%) sobre a realização de uma coleta detalhada de informações sobre o quadro atual e antecedentes médicos do paciente (Tabela 3).

Observa-se conhecimento adequado em relação aos sinais e sintomas da sepse, onde a maioria concordou totalmente sobre a temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ (82,0%), oligúria (80,3%), frequência cardíaca >90 bpm (68,8%), delirium (59,0%) e hipotensão (80,3%). No entanto, as disfunções cardiovasculares nos achados clínicos não obtiveram frequência satisfatória, visto que os profissionais de enfermagem discordaram totalmente (49,2%) sobre a hipovolemia, vasodilatação periférica, depressão miocárdica, e hipermetabolismo. No que diz respeito às alterações sistêmicas da

sepse, grande parte concordou totalmente (67,2%) em relação à hipotensão e hipovolemia. Sobre a redução da densidade capilar e diminuição da oferta tecidual de oxigênio decorrentes das alterações na microcirculação, os participantes também concordaram totalmente (72,1%) com tal afirmativa (Tabela 3).

Como medida de prevenção da sepse, os profissionais

de enfermagem concordaram totalmente (93,4%) sobre a realização da higienização das mãos. Além disso, a maioria concordou totalmente (82%) em relação às condutas a serem estabelecidas na ocorrência da sepse, enfatizando a comunicação ao médico plantonista após alterações de dois ou mais sinais vitais e demais achados clínicos que caracterizam a disfunção orgânica (Tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento específico sobre os sinais e sintomas da sepse (n= 61), Belo Horizonte, MG, Brasil, 2019.

Variáveis	DT n (%)	DP n (%)	CP n (%)	CT n (%)	Me- diana	Moda
a) Definição correta da sepse: resposta inflamatória sistêmica do organismo associada a um processo de infecção, caracterizada pela presença de disfunção orgânica, que pode ser causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários.	8 (13,1)	4 (6,6)	8 (13,1)	41 (67,2)	4	4
b) Para a identificação precoce da sepse deve-se realizar uma a coleta detalhada de informações sobre o quadro atual e antecedentes médicos do paciente	2 (3,3)	2 (3,3)	11 (18,0)	46 (75,4)	4	4
c) São sinais e sintomas de sepse:						
Temp > 38°C	2 (3,3)	0 (0,0)	9 (14,8)	50 (82,0)	4	4
Oligúria	2 (3,3)	2 (3,3)	8 (13,1)	49 (80,3)	4	4
FC > 90 bpm	7 (11,4)	6 (9,8)	6 (9,8)	42 (68,8)	4	4
Delirium	10 (16,4)	3 (4,9)	12 (19,7)	36 (59,0)	4	4
Hipotensão	2 (3,3)	2 (3,3)	8 (13,1)	49 (80,3)	4	4
d) São disfunções cardiovasculares da sepse: hipovolemia, vasodilatação periférica, depressão miocárdica e hipermetabolismo.	30 (49,2)	3 (4,9)	9 (14,8)	19 (31,1)	2	1
e) Em relação às alterações sistêmicas da sepse destacam-se a hipotensão e hipovolemia.	7 (11,4)	4 (6,6)	9 (14,8)	41 (67,2)	4	4
f) Alterações na microcirculação contemplam a redução da densidade capilar e diminuição da oferta tecidual de oxigênio.	6 (9,8)	2 (3,3)	9 (14,8)	44 (72,1)	4	4
g) A higienização das mãos é considerada uma medida preventiva da sepse.	1 (1,7)	0 (0,0)	3 (4,9)	57 (93,4)	4	4
h) São condutas a serem seguidas após confirmação de sepse: comunicar ao médico após alterações de dois ou mais sinais vitais e demais achados clínicos. Além disso, deve-se ofertar oxigênio e punção acesso venoso.	3 (4,9)	0 (0,0)	8 (13,1)	50 (82)	4	4

Nota: DT = Discordo Totalmente; DP = Discordo Parcialmente; CP = Concordo Parcialmente; CT = Concordo Totalmente.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que os profissionais de enfermagem são capazes de identificar a maioria das características atribuídas a sepse, bem como as suas definições. Salienta-se, portanto, a importância de capacitar à equipe em relação ao manejo do paciente séptico, mediante protocolo gerenciado definido pelo serviço de saúde.

Estudo conduzido na Holanda encontrou dados similares e reforçou a importância da educação permanente como estratégia para elevar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem em relação à identificação dos sinais e sintomas da sepse, garantindo assim, maiores taxas de sobrevivência ao paciente.⁽⁹⁾ No entanto, o Brasil ainda precisa aprimorar as questões voltadas para capacitações e treinamentos, visto que uma pesquisa conduzida no Mato Grosso do Sul mostrou conhecimento precário de 30 enfermeiros atuantes em quatro enfermarias de um hospital universitário de grande porte.⁽¹⁰⁾

Inferre-se que ações educativas com os profissionais de enfermagem contribuem diretamente para melhoria da qualidade assistencial ao paciente séptico. A implantação de um programa de educação permanente pode proporcionar grandes avanços na redução dos agravos atrelados à disfunção orgânica.⁽¹⁰⁾

Este estudo mostrou que grande parte dos profissionais conhece o protocolo de sepse do local de trabalho e recebeu treinamentos sobre a temática. Pesquisadores encontraram resultados virtuosos sobre os indicadores assistenciais ao analisar o impacto positivo das ações iniciadas pelos profissionais de enfermagem, ressaltando as conformidades com o *bundle* após implementação do protocolo gerenciado e a melhora dos preditores de mortalidade hospitalar.⁽¹⁰⁾

Vale a pena ressaltar que os procedimentos para redução da mortalidade relacionada à sepse foram amplamente discutidos por meio da Campanha Sobrevivendo à Sepse (CSS) e incluiu o restabelecimento hídrico, a medição dos níveis de lactato, a obtenção de hemoculturas antes da administração de antibióticos, bem como o manejo da antibioticoterapia de amplo espectro na primeira hora após o diagnóstico.⁽¹¹⁾

No entanto, este estudo não encontrou conhecimento adequado dos profissionais de enfermagem em relação às disfunções cardiovasculares. Os sinais e sintomas dizem respeito à hipovolemia, vasodilatação periférica, depressão miocárdica, aumento da permeabilidade en-

dotelial e hipermetabolismo que estão atribuídos à gravidade do quadro séptico.⁽⁷⁾ Por esse motivo, as manifestações clínicas devem ser detectadas imediatamente pela equipe de enfermagem para que se obtenha êxito no manejo clínico do paciente. Tal fato reforça novamente a necessidade de implementar estratégias que propiciem a educação continuada e o dimensionamento adequado de profissionais para o reconhecimento precoce desta alteração, de acordo com as ações descritas no protocolo gerenciado.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Limitações do estudo

Destaca-se que a pesquisa foi realizada em apenas um local de estudo e utilizou um instrumento estruturado que foi elaborado pelos próprios autores.

Contribuições para a prática

O estudo traz importante contribuição para a área da enfermagem pelo fato de destacar a importância do conhecimento da equipe em relação ao protocolo gerenciado da sepse. O manejo clínico adequado do paciente séptico e o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de um quadro suspeito ou confirmado poderá garantir a manutenção vital do paciente, proporcionando maiores taxas de sobrevivência.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que a equipe de enfermagem possui conhecimento adequado em relação aos sinais e sintomas da sepse. No entanto, observou-se dificuldades na identificação das disfunções cardiovasculares, reforçando a necessidade de implementar estratégias que estimulem a educação continuada dos profissionais em relação ao protocolo gerenciado.

Além disso, torna-se fundamental que os profissionais de enfermagem reconheçam todos os aspectos atribuídos às diretrizes e recomendações, desde a monitorização dos pacientes até o tratamento adequado, valorizando o conhecimento científico que norteia os cuidados de enfermagem e a qualidade assistencial.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Concepção e desenho, coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo e revisão final: André Luiz Alvim, Larissa Maria Silvano e Rebeca Tavares de Melo Ribas. Concepção e orientação do pré-projeto: Renata Lacerda Prata Rocha.

REFERÊNCIAS

1. Garrido F, Tieppo L, Pereira MDS, Freitas R, Freitas WM, Filipini R, et al. Ações do enfermeiro na identificação precoce de alterações sistêmicas causadas pela sepse grave. ABCS health sci [Internet]. 2017 [acesso em 13 de abr. de 2019]; 42(1):15-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.944>.
2. Barreto MFC, Dellaroza MSG, Kerbauy G, Grion CMC. Sepse em um hospital universitário: estudo prospectivo para análise de custo da hospitalização de pacientes. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [acesso em 14 de abr. de 2019]; 50(2):302-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200017>.
3. Machado FR, Carrara F, Biasi AC, Bozza F, Lubarino J, Ferreira EM et al. Prevalência e mortalidade por sepse grave e choque séptico em UTIs brasileiras. In: Anais do XI Fórum Internacional de Sepse [Internet]. 2014 [acesso em 13 de abr. de 2019]. Disponível em: <http://forumsepse.com.br//2014/assets/tl/TL80.pdf>.
4. Silva APRM, Souza HV. Sepse: importância da identificação precoce pela enfermagem. Rev Pró-UniverSUS [Internet]. 2018 [acesso em 20 de abr. em 2019]; 9(1):47-50. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1266/948>.
5. Melech CS, Paganini MC. Avaliação do conhecimento de médicos e equipe de Enfermagem nas ocorrências de sepse. Rev Med UFPR [Internet]. 2016 [acesso em 08 de abr. de 2019]; 3(3):127-32. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/47544/pdf>.
6. Teles LS, Galdino LP, Lima MMP, Santos MM, Cardoso LA. Enfermagem frente à sepse: uma revisão literária. Intern Nurs Congress [Internet]. 2016 [acesso em 20 de abr. de 2019]; 9(12):1-4. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/6209/2341>.
7. Viana RAPP, Machado FR, Souza JLA. Sepse, um problema de saúde pública: a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. 2ª ed. [Internet] COREN-SP ILAS; 2017 [acesso em 28 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sepse-um-problema-de-saude-publica-coren-ilas.pdf>.
8. Instituto Latino Americano de Sepse. Implementação de protocolo gerenciado de sepse protocolo clínico, atendimento ao paciente adulto com sepse / choque séptico [Internet]. 2018 [acesso em 28 de abr. de 2019]. Disponível em: <https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>.
9. Van den Hengel LC, Visseren T, Meima-cramer PE, Rood PPM, Schuit SCE. Knowledge about systemic inflammatory response syndrome and sepsis: a survey among Dutch emergency department nurses. Int. J Emerg Med [Internet]. 2016 [acesso em 23 de nov. de 2019]; 9(1):1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4945519/>.
10. Goulart LS, Júnior MAF, Sarti ECFB, Sousa ÁFL, Ferreira AM, Frota OP. Are nurses updated on the proper management of patients with sepsis? Esc Anna Nery [Internet]. 2019 [acesso em 23 de nov. de 2019]; 23(4):e20190013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n4/pt_1414-8145-ean-23-04-e20190013.pdf.
11. Westphal GA, Silvia ABP, Sperotto MFG, Lucimeri MG, Bittencourt AR, Franzini VR et al. An electronic warning system helps reduce the time to diagnosis of sepsis. Rev Bras ter intensiva [Internet]. 2018 [acesso em 23 de nov. de 2019]; 30(4):414-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20190013>.
12. Lelis LS, Amaral MS, Oliveira FM. As ações de enfermagem frente à sepse, uma abordagem do paciente crítico. Rev Científica FacMais [Internet]. 2017 [acesso em 23 de nov. de 2019]; 11(4):50-66. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/01/3-as-a%c3%87%c3%95es-de-enfermagem-frente-%c3%80-sepse-uma-abordagem-do-paciente-cr%c3%8dtico-uma-revis%c3%83o-da-literatura.pdf>.
13. Rosa RS, Silva OC, Picanço CM, Biondo CS, Andrade DMB, Prado IF. Intervenções de enfermagem nas alterações dos parâmetros clínicos cardiorrespiratórios em pacientes com sepse. Rev Enferm UFSM. [Internet]. 2018 [acesso em 23 de nov de 2019]; 8(2):399-409. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/24668/pdf>.
14. Siqueira LDC, Santos MC, Calmon ITS, Junior PCS. Dimensionamento de profissionais de enfermagem da clínica médica de um hospital universitário. Enferm Foco [Internet]. 2019 [acesso em 23 de nov de 2019]; 10(4):34-39. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2179>.

A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UMA CIDADE BRASILEIRA MINEIRA: PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE 10 ANOS

Fernanda Ávila da Costa Pereira¹
Dayse Mary da Silva Correia¹

<http://orcid.org/0000-0001-8755-1371>
<http://orcid.org/0000-0002-6678-1378>

Objetivos: Identificar e analisar os principais desfechos secundários dos pacientes com insuficiência cardíaca, no período de 2009 a 2019, em Juiz de Fora, região da zona mata mineira. **Método:** Estudo epidemiológico a partir de dados coletados de julho a agosto de 2019 no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de domínio público no Brasil. Foram selecionados como principais desfechos secundários: taxa de hospitalização, mortalidade e custo econômico associado ao tratamento da insuficiência cardíaca. **Resultados:** No período houve 16.338 internações, 1.280 óbitos e custos com despesas hospitalares que ultrapassaram os 22 milhões de reais. **Conclusão:** Os dados confirmam o impacto da insuficiência cardíaca como uma doença crônica de alta taxa de internação hospitalar, mortalidade e de elevado custo.

Descritores: Epidemiologia; Insuficiência Cardíaca; Hospitalização; Mortalidade; Brasil.

THE HEART FAILURE IN A BRAZILIAN CITY OF MINAS GERAIS: 10-YEARS EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

Objective: To identify and analyze the main secondary outcomes of heart failure patients from 2009 to 2019 in Juiz de Fora, a Brazilian city of Minas Gerais. **Method:** Epidemiological study from data collected from July to August 2019 on the website of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS), in the public domain in Brazil. The main secondary outcomes were selected: hospitalization rate, mortality and economic cost associated with the treatment of heart failure. **Results:** In the period there were 16,338 hospitalizations, 1,280 deaths and costs with hospital expenses that exceeded 22 million reais. **Conclusion:** The data confirm the impact of heart failure as a chronic disease with high hospitalization rate, mortality and high cost.

Descriptors: Epidemiology; Heart Failure; Hospitalization; Mortality; Brazil.

LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA CIUDAD BRASILEÑA DE MINAS GERAIS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 10 AÑOS

Objetivos: Identificar y analizar los principales desfechos secundarios dos pacientes con insuficiencia cardíaca en el período de 2009 a 2019 en Juiz de Fora, ciudad brasileña de la región de la zona minera. **Metodo:** Estudio epidemiológico basado en datos colectados de julio a agosto de 2019 en el sitio del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), del dominio público en Brasil. Se seleccionaron los principales resultados secundarios: tasa de hospitalización, mortalidad y costo económico asociado con el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. **Resultados:** En el período hubo 16.338 hospitalizaciones, 1.280 muertes y costos con gastos hospitalarios que superaron los 22 millones de reales. **Conclusión:** Los datos confirman el impacto de la insuficiencia cardíaca como una enfermedad crónica con una alta tasa de hospitalización, mortalidad y alto costo.

Descritores: Epidemiologia; Insuficiencia Cardíaca; Hospitalización; Mortalidad; Brasil.

¹Universidade Federal Fluminense, RJ.
Autor correspondente: Fernanda Ávila da Costa Ferreira E-mail: fe_feavila@hotmail.com

Recebido: 06/12/2019 - Aceito: 09/04/2020

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 2% da população mundial entre 40 a 49 anos apresenta insuficiência cardíaca (IC), sendo que na faixa etária dos 60 aos 69 anos essa porcentagem aumenta para 5%¹ e uma em cada cinco pessoas em algum momento da vida poderá desenvolver a doença.⁽²⁾

A prevalência da IC dobra a cada década de vida⁽³⁾, levando a uma estimativa que cerca de 23 milhões de pessoas no mundo sofram de IC.⁽⁴⁾ E até 2030, a incidência de IC está projetada para aumentar 46%, afetando mais de 8 milhões de pessoas.⁽⁵⁾ A IC é considerada hoje, a principal causa de hospitalização em idosos acima dos 60 anos de idade⁶, sendo possível obter um retrato mais abrangente desta prevalência no Brasil, por meio da consulta e análise aos registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)⁽⁷⁾, de domínio público.

Segundo o DATASUS⁽⁸⁾, entre os anos de 2008 a 2018, ocorreram mais de 2 milhões de internações por IC no Brasil e mais de 252 mil óbitos, gerando gastos com serviços hospitalares, que ultrapassaram os 3 bilhões de reais. E neste período, mais de um milhão de internações ocorreram na região sudeste do Brasil, onde foi registrado cerca de 50% do total de óbitos para o mesmo período, com gastos de serviços hospitalares que ultrapassaram um bilhão de reais. Ainda no período, dentre os estados da Região Sudeste, o de Minas Gerais registrou mais de 380 mil internações por IC, 33 mil óbitos e 470 milhões de reais de gastos com serviços hospitalares.

O estado de Minas Gerais é o segundo mais populoso do Brasil e a cidade de Juiz de Fora, situada na zona da mata mineira, foi classificada como a quarta cidade mais populosa do estado, no ano de 2019, com estimativa de 568.873 habitantes.⁽⁹⁾

A importância desta pesquisa fundamenta-se no fato de abordar uma patologia considerada problema de Saúde Pública de maior envergadura, devido sua alta incidência⁽¹⁰⁾, no âmbito nacional e internacional, e que apresenta desfechos secundários, como a alta taxa de hospitalização, mortalidade e alto custo econômico associado ao tratamento.⁽¹¹⁻¹²⁾ E ainda, no apoio de dados epidemiológicos para intensificar ações de planejamento de cuidados de saúde e de enfermagem, as quais envolvem a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, em diversos níveis de atenção à saúde.⁽¹³⁾

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar e analisar os principais desfechos secundários dos pacientes com insuficiência cardíaca, no período de 2009 a 2019, em Juiz de Fora, região da zona mata mineira.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com dados de Domínio Público do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).⁽⁸⁾

Participantes da pesquisa

Para obtenção dos dados foi realizada a consulta às informações disponíveis cadastradas no DATASUS, constituindo uma amostra de 16.338 usuários internados em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), além de número de óbitos e custos dos serviços hospitalares, associados ao tratamento da IC na cidade de Juiz de Fora- MG.

Foram estabelecidos como critérios de seleção: CID-10 "insuficiência cardíaca", idade 40 a 80 anos e mais, e ambos os sexos.

Procedimento de coleta de dados

O levantamento dos dados foi realizado de julho a agosto de 2019, obedecendo o seguinte protocolo: ao acessar o endereço eletrônico, foi selecionado a opção "Epidemiológicas e morbidade", a seguir a opção "Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)", posteriormente selecionada a opção "Geral, por local de internação - a partir de 2008". No campo Abrangência Geográfica, foi selecionado o estado de Minas Gerais. No campo linha, foi selecionado a opção "Microrregião do IBGE", no campo coluna, as variáveis, "ano de processamento", "Faixa Etária 1", "sexo", "cor/raça". No campo conteúdo foram selecionadas as variáveis "internações", "valor dos serviços hospitalares", "dias de permanência", "óbitos". No período disponível foi selecionado as opções "Junho de 2009 a Junho de 2019". Em seleções disponíveis foi selecionado as opções em Microrregião do IBGE "31065 Juiz de Fora, Lista Morb CID-10" "insuficiência cardíaca", faixa etária 1 "40 a 80 anos e mais", sexo "masculino e feminino".

Procedimentos de Análise e Tratamento dos dados

Após o levantamento dos dados, foi utilizado o editor de planilhas Microsoft Office Excel® para sua organização. Sendo posteriormente apresentados em tabelas e gráficos, utilizando a estatística descritiva, com análise exploratória, incluindo frequências absolutas.

Aspectos Éticos

Os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 foram obedecidos. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensada, por serem utilizados dados de domínio público.

RESULTADOS

De acordo com dados do DATASUS, segundo CID-10

(Classificação Internacional de Doenças), entre junho de 2009 e junho de 2019, na cidade de Juiz de Fora - MG, ocorreram 79.184 internações por doenças do aparelho circulatório. Destas, aproximadamente 20,6% (n=16.338) internações foram por insuficiência cardíaca. Ao fazer a comparação entre ambos os semestres dos respectivos anos de 2009 e 2019, na cidade de Juiz de Fora - MG, verifica-se uma diminuição de 54,1% (n=647) no número de internações por IC.

Na Tabela 1 observa-se que, desde de junho a dezembro de 2009 ocorreram 1.195 internações, enquanto de janeiro a junho de 2019, 548 internações por IC na cidade analisada. Do total de internações por IC durante os dez anos analisados, observou-se que aproximadamente 50% (n=8.185) das internações ocorreram em homens e 50% (n=8.113) das internações ocorreram em mulheres.

De acordo com a variável cor/raça, os dados apontaram que 50,0% (n=8.165) dos pacientes se autodeclararam de cor/raça branca. A informação não disponível quanto a cor/raça registrou 24,0% (n=3.972), a seguir a cor declarada parda registrou 13,0% (n=2.145), e a negra contabilizou 12,0% (n=1.940). A etnia amarela registrou menos de 1% (n=82) dos casos.

Avaliando a faixa etária das internações por IC, a partir dos 40 anos verifica-se que as faixas etárias mais representativas são as dos 60 aos 69 anos, com 4.009 internações (25,7%), sendo 2.187 entre os homens e 1.822 entre as mulheres, seguidos da faixa etária dos 70 a 79 anos com 3.972 internações por IC (25,4%), sendo 1.922 internações entre os homens e 2.050 internações entre as mulheres.

Ao analisar os dias de permanência de internação observou-se uma oscilação entre 4,4 dias, no primeiro semestre de 2019, a 7,8 dias no ano de 2009. Ao se comparar os dias de permanência por sexo, observou-se o registro de 2,2 dias para homens e mulheres, no primeiro semestre de 2019, a 4,1 dias

para os homens e 3,7 dias para as mulheres, no ano de 2009.

Observando as variáveis internações e óbitos, verificou-se que, de junho a dezembro de 2009, ocorreram 1.195 internações por IC e, no mesmo período, foram registrados 80 óbitos por IC. No primeiro semestre de 2019 ocorreram 548 internações por IC e foram contabilizados 53 óbitos.

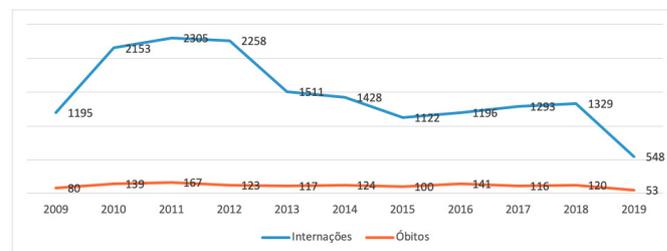
No que tange ao valor total dos serviços hospitalares para o tratamento da IC, durante os dez anos analisados, os gastos ultrapassaram os 22 milhões de reais, sendo que o ano de 2011 registrou o maior valor do período, alcançando mais de dois milhões e 700 mil reais.

Tabela 1

No referido período de pesquisa foram registradas na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, 16.338 internações e 1.280 óbitos referentes a IC, e custos com despesas hospitalares que ultrapassaram os 22 milhões de reais.

Conforme mostra a Figura 1, o número de internações foi maior nos anos de 2010 a 2013, com redução a partir de 2013, tendendo à estabilização a partir de 2015. Apesar desta variação no número de internações, o número de óbitos não sofreu grandes alterações ao longo do período.

Figura 01. Número de internações e óbitos por insuficiência cardíaca na cidade de Juiz de Fora, 2009 a 2019. Juiz de Fora, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 01. Número de internações de insuficiência cardíaca segundo ano, sexo, cor, faixa etária e dias de permanência na cidade de Juiz de Fora, 2009 a 2019. Juiz de Fora, 2020.

	2009*	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019**	Total
Internações												
Homens	655	1108	1144	1137	760	660	582	615	621	622	281	8185
Mulheres	540	1045	1161	1121	751	768	540	581	672	667	267	8113
Total	1195	2153	2305	2258	1511	1428	1122	1196	1293	1329	548	16338
Cor/raça												
Homens												
Branca	350	575	622	588	344	336	296	327	291	286	146	4161
Negra	62	122	138	114	80	73	85	72	79	98	30	953
Parda	60	119	109	85	64	91	92	111	127	140	55	1053
Amarela	3	2	4	0	1	1	4	5	7	12	3	42
Sem informação	160	290	271	350	271	159	105	100	117	126	44	1993

Mulheres

Branca	251	509	635	576	319	380	260	303	326	329	116	4004
Negra	41	118	135	115	67	95	73	88	102	101	52	987
Parda	64	136	102	83	68	120	104	111	133	124	47	1092
Amarela	1	3	1	1	2	1	2	3	2	18	6	40
Sem informação	183	279	288	346	295	172	101	76	99	95	45	1979

Faixa etária

Homens

40 a 49 anos	98	155	147	142	74	41	52	41	45	46	21	862
50 a 59 anos	132	211	215	213	142	136	133	86	86	124	50	1528
60 a 69 anos	163	233	304	302	211	179	144	178	205	190	78	2187
70 a 79 anos	140	271	243	246	184	164	113	165	143	180	73	1922
80 anos ou mais	96	175	168	174	115	108	105	118	110	98	47	1314

Mulheres

40 a 49 anos	52	85	91	110	65	54	28	43	37	39	21	625
50 a 59 anos	92	179	219	203	136	130	87	95	111	99	45	1396
60 a 69 anos	126	220	283	244	166	166	122	118	166	149	62	1822
70 a 79 anos	149	279	284	278	174	189	145	149	156	185	62	2050
80 anos ou mais	100	230	246	246	174	203	140	152	173	158	70	1892

Dias de permanência

Homens	4,1	7,5	7,6	7,4	5,1	4,8	4,4	4,6	4,8	5,2	2,2	57,7
Mulheres	3,7	6,5	7,6	7,1	5,4	5,5	4	5,1	5,5	5,2	2,2	57,8
Total	7,8	14	15,2	14,5	10,5	10,3	8,4	9,7	10,3	10,4	4,4	115,5

*Período de junho a dezembro de 2009. ** Período de Janeiro a junho de 2019. Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A Figura 2 mostra os gastos dos serviços hospitalares para o tratamento da IC durante o período analisado, evidenciando que a oscilação dos valores gastos acompanhou o aumento ou diminuição das hospitalizações, apresentados na Figura 1.

Figura 02. Custo de despesas hospitalares com o tratamento da insuficiência cardíaca na cidade de Juiz de Fora, no período de 2009 a 2019. Juiz de Fora, 2020.



DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontaram declínio no quantitativo de internações por IC em Juiz de Fora, Minas Gerais, de 2012 a 2015, com aumento das internações em 2016, em comparação ao ano anterior, e ascensão do quantitativo de internações por IC até o ano de 2018.

Apesar de se verificar uma diminuição no número de internações por IC ao longo dos anos, a literatura aponta que cerca de 25% dos pacientes com IC podem ser readmitidos dentro de 30 dias após alta hospitalar e, no período de seis meses, essa proporção aumenta para 50%.⁽¹¹⁾ A Diretriz Brasileira de IC Aguda e Crônica aponta que o baixo investimento na saúde e o inadequado e escasso acesso da população aos serviços de saúde, associados aos diversos fatores fisiopatológicos do sistema cardíaco favorece o desenvolvimento da IC. Somando-se a isso, o controle inadequado da hipertensão arterial, do diabetes e de cardiopatias está entre as causas mais frequentes que conduzem a IC.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ No Brasil, a hipertensão é uma doença crônica que apresenta elevada morbimortalidade, sendo um dos principais fatores de risco atribuído às doenças cardiovasculares.⁽¹⁷⁾

Na Região Sudeste do Brasil, o quantitativo de reinternações dos pacientes com IC é maior, devido ao perfil dos idosos, à dificuldade de adesão ao tratamento e aos constantes acessos aos serviços de saúde por episódios de descompensação do quadro clínico.⁽¹⁸⁾

A maioria dos pacientes com IC apresentam comorbidade múltiplas, tanto cardíacas como extra-cardíacas, como doenças renais, depressão, hipertensão arterial, fibrilação atrial, doença arterial coronariana, diabetes e doenças crônicas pulmonares, que podem contribuir para o aumento da incidência de internações hospitalares.⁽¹⁹⁾

As taxas de internações hospitalares relacionadas à IC decorrem principalmente do envelhecimento populacional associado ao aumento da sobrevivência de pacientes com doenças cardiovasculares.⁽²⁰⁾ Fundamentalmente, a IC manifesta-se através de dois fenótipos principais denominados de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER): fração de ejeção do ventrículo esquerdo - (FEVE) < 40% e a insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal (ICFEN) - FEVE ≥ 50%.⁽²¹⁾ Em 2018, a Sociedade Brasileira de Cardiologia reconheceu mais um fenótipo da IC, classificado como insuficiência cardíaca com fração de ejeção intermediária (ICFEI) - FEVE 40-49%. A ICFEI apresenta mortalidade por todas as causas semelhante a ICFEP e menor que a ICFER. A ICFEN é mais prevalente no sexo feminino e em idosos, estando associado a múltiplas comorbidades. A mortalidade é maior em pacientes classificados com ICFER, seguidos dos ICFEI e ICFEP.^(15,21-23)

Este estudo evidenciou que, independentemente do sexo e do ano analisado, o quantitativo de internações entre homens e mulheres assumem valores muito próximos, corroborando estudo realizado em Montes Claros, no norte de Minas Gerais, para avaliar o perfil de morbidade da IC no município de entre os anos de 2010 e 2014, cujos autores concluíram que não houve diferença significativa no número de internações entre homens e mulheres durante o período analisado.⁽²⁴⁾

No entanto, o risco de desenvolver uma doença cardíaca ao longo da vida é de um para cada dois homens e uma para cada três mulheres, sendo que, acima dos 40 anos, homens e mulheres se equiparam nas estatísticas e ambos têm as mesmas chances de desenvolver IC em algum momento da vida.⁵

Apesar de a IC ser uma patologia presente em ambos os sexos, a doença apresenta maior prevalência no gênero masculino⁽²⁴⁻²⁵⁾, porém, os fatores que conduzem à mortalidade por IC entre as mulheres ainda são pouco estudados.⁽²⁶⁾

O predomínio da cor branca, declarada pelos pacientes estudados no momento da internação, corrobora a literatura. No entanto, a ausência de informações sobre cor/raça dos pacientes nos prontuários, observada em 24,0% dos casos estudados, indica descuido com este tipo de informação. Acrescenta-se a isso o fato de a maioria dos pacientes não declararem cor-raça no momento da internação, pois a declaração da cor da pele no contexto brasileiro é de extrema subjetividade.^(24,27-28)

A representatividade do número de internações na faixa etária acima dos 60 anos é condizente com o envelhecimento populacional e maior risco de IC em pessoas com 60 anos ou mais.²⁸ A maior ocorrência desta síndrome em pacientes com faixa etária mais elevada, está relacionada à presença de outras disfunções cardíacas comuns na terceira idade.²⁴ Nos Estados Unidos e na Europa a IC é considerada a principal causa de internações em indivíduos acima dos 65 anos de idade.⁽²⁹⁾

Estudo publicado em 2015, que buscou analisar a evolução das internações hospitalares e mortalidade por IC de 2001 a 2012, no Brasil, observou que a média de permanência por IC aumentou de 5,8 dias em 2001 para 6,6 dias em 2012⁽³⁰⁾, opondo os resultados desta pesquisa, que apontou uma leve redução nos dias de internação ao longo do período estudado. Além de consumirem recursos significativos dos serviços de saúde, o aumento da permanência dos pacientes durante o período de internação, pode favorecer o risco de infecções.³¹

Apesar de o quantitativo de óbitos por IC neste estudo ter permanecido sem grandes alterações, durante o período analisado, a literatura aponta que os pacientes com IC representam um grupo de alta complexidade, no qual espera-se uma elevada taxa de mortalidade.⁽¹⁸⁾

Corroborando com a diminuição no número de interna-

ções por IC entre 2015 e 2015, houve diminuição nas despesas com o tratamento da patologia. As despesas associadas ao tratamento da IC tornam-se muito onerosas em todo o mundo, impactando na Europa e nos EUA cerca de 1 a 3% do orçamento total destinado à saúde.⁽³²⁾

Estima-se que, em território americano, os custos para o tratamento da IC chegarão aos 53 bilhões de dólares em 2030.³³ Em Portugal, estudo recente estima que as despesas associadas ao tratamento da IC irão aumentar cerca de 28% até o ano de 2036, colocando o país em sinal de alerta para a gestão da doença, prioridade para o sistema de saúde português.⁽³⁴⁾

Limitações do estudo

Considera-se como limitação do estudo a impossibilidade de explorar variáveis importantes, como presença de comorbidades, tabagismo e etilismo, por não constarem no Banco de Dados de domínio público.

Contribuição para a prática

Os resultados do estudo contribuem com conhecimentos que podem apoiar o planejamento de ações de controle da

IC e suas complicações, evitando internações, reduzindo os gastos públicos e os fatores de risco relacionados à patologia.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa mostram um panorama epidemiológico desta doença crônica na cidade de Juiz de Fora, evidenciando a IC como uma patologia com altas taxas de internações, readmissões hospitalares, mortalidade e tratamento oneroso para o sistema de saúde. Estes resultados evidenciam a necessidade de implementação de ações e práticas que visem a promoção da saúde e prevenção da IC e suas complicações, no intuito de conter a progressão da patologia, visando a redução dos índices de internação, re-internação e mortalidade associadas à IC.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

Concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito: Fernanda Ávila da Costa Pereira e Dayse Mary da Silva Correia. Aprovação da versão a ser publicada: Dayse Mary da Silva Correia.

REFERÊNCIAS

- 1 - Woodruff Health Sciences Center. Heart Failure Statistics [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 23]. Available from: <https://www.emoryhealthcare.org/heart-vascular/wellness/heart-failure-statistics.html>
- 2 - The Heart Failure Policy Network – The Health Policy Partnership [Internet]. [cited 2019 Oct 23]. Available from: <https://www.healthpolicypartnership.com/project/heart-failure-policy-network/>
- 3 - Ziaiean B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 10]; 13(6):368–78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868779/pdf/nihms767438.pdf>
- 4 - Rocha RM, Martins WDA. Manual de Insuficiência Cardíaca. Rio de Janeiro: Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 23]. Disponível em: https://socerj.org.br/antigo/wpcontent/uploads/2019/05/Manual_Insufici%C3%Aancia_Card%C3%ADaca_Socerj_Web.pdf
- 5 - Bozkurt B, Khalaf S. Heart Failure in Women. *Methodist Debakey Cardiovasc J* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 12]; 13(4):216–23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5935281/>
- 6 - Poffo MR, Assis AV, Fracasso M, Filho OML, Alves SMM, Bald AP, et al. Profile of Patients Hospitalized for Heart Failure in Tertiary Care Hospital. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2017 [cited 2019 ago 12]; 30(3):189–98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n3/2359-4802-ijcs-30-03-0189.pdf>
- 7 - Mizzaci CC, Rieira R, Martimbianco ALC. Tratamento farmacológico para insuficiência cardíaca sistólica crônica e as evidências disponíveis: uma revisão narrativa da literatura. *Diagn Trat* [Internet]. 2017 [cited 2019 ago 12]; 22(1):8–20. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832425/rdt_v22n1_8-20.pdf
- 8 - DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. TabNet Win32 3.0: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil [Internet]. [cited 2019 Oct 23]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
- 9 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [Internet]. [cited 2019 Oct 23]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>
- 10 - Silva FVF, Silva LF, Rabelo ACS. Hospice Nursing comfort care for patients with heart failure. *Aquichan* [Internet]. 2015 [cited 2019 ago 23]; 15(1):116–28. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000100011
- 11 - Vuorinen AL, Leppänen J, Kaijanta H, Kulju M, Heliö T, Van Gils M, et al. Use of home telemonitoring to support multidisciplinary care of heart failure patients in Finland: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* [Internet]. 2014 [cited 2019 ago 23]; 16(12). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4275484/>
- 12 - Savarese G, Lund LH. Global Public health burden of Heart Failure. *Card Fail Rev* [Internet]. 2017 [cited 2019 ago 28]; 3(1):7–11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5494150/pdf/cfr-03-07.pdf>

- 13 - Pitzer MB, Correia DM da S, Pimentel ACE, Guimarães AO, França JVJ, Nazário GC, et al. O uso fundamental de dados epidemiológicos para o planejamento de ações de cuidado de enfermagem na área cardiovascular [Internet]. *Temas Livres* publicados no 74o Congresso Brasileiro de Cardiologia. 2019 [cited 2019 Oct 25]. Disponível em: http://www.ccmev.com/cardio2019/SBC_2019_Programa_Trabalhos.pdf
- 14 - DATASUS [Internet]. [cited 2019 Oct 23]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
- 15 - Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018 [cited 2019 set 14]; 111(3):436-539. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>
- 16 - Cardoso GM, Valoes LMA, Almeida OAE, Ferrari CKB. Quality of life the perception of disease severity in patients with Diabetes Mellitus. *Enferm em foco* [Internet]. 2012 [cited 2019 set 14]; 3(3):143-146. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/302/0>
- 17 - Santos JFS, Lima ACR, Mota CMD, Gois CFL, De Brito GMG, Barreto ÍDDC. Quality of life, depressive symptoms and adherence to treatment of people with hypertension. *Enferm em Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 dez 14]; 7(2):17-21. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/787>
- 18 - Souza SC, Silva e Silva CM, Reis HFC, Neto MG. Número de internações hospitalares, custos hospitalares, média de permanência e mortalidade por insuficiência cardíaca nas regiões brasileiras, no ano de 2017. *Rev Ciências Médicas e Biológicas* [Internet]. 2018 [cited 2019 dez 07]; 17(3):376-80. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/28626>
- 19 - Mesquita ET, Jorge AJL, Rabelo LM, Souza Jr. CV. Understanding hospitalization in patients with heart failure. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2017 [cited 2019 dez 15]; 30(1):81-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n1/2359-4802-ijcs-30-01-0081.pdf>
- 20 - Wajner A, Zuchinali P, Olsen V, Polanczyk CA, Rohde LE. Causes and Predictors of In-Hospital Mortality in Patients Admitted with or for Heart Failure at a Tertiary Hospital in Brazil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2017 [cited 2019 nov 21]; 109(4):321-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n4/0066-782X-abc-20170136.pdf>
- 21 - Mesquita ET, Jorge AJL, de Souza Junior CV, Cassino JPP. Systems biology applied to heart failure with normal ejection fraction. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2014 [cited 2019 dez 10]; 102(5):510-17. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n5/en_0066-782X-abc-102-05-0510.pdf
- 22 - Mesquita ET, Barbetta LMS, Correia ETO. Heart failure with mid-range ejection fraction - state of the art. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [cited 2019 dez 10]; 112 (6): 784-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v112n6/0066-782X-abc-112-06-0784.pdf>
- 23 - Mesquita ET, Jorge AJL. Treatment of heart failure with normal ejection fraction. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010 [cited 2019 dez 15]; 94(3):414-26. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/en_21.pdf
- 24 - Borges NLC, Ferreira TN, Prates SFL, Dantas IKC, Souto LDP, Pereira JA. Perfil de morbidade por insuficiência cardíaca no município de Montes Claros através de dados do DATASUS. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2019 dez 22]; 256-61. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/S-10_2017.pdf
- 25 - Viana PAS, Neto JDC, Novais CT, Guimarães IF, Lopes YS, Reis BC. Perfil de Pacientes Internados para Tratamento de Insuficiência cardíaca Descompensada. *SANARE - Rev Políticas Públicas* [Internet]. 2018 [cited 2019 dez 22]; 17(1):15-23. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1218>
- 26 - Viñas-Vera C, García-Parra AM, Morales-Gil IM. Gender and effectiveness of the nursing methodology in heart failure patients. *Aquichan* [Internet]. 2016 [cited 2019 nov 17]; 16(3):313-27. Available from: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5400/4361>
- 27 - Albuquerque DC, Neto JDS, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O et al. I Brazilian Registry of heart failure - clinical aspects, care quality and hospitalization outcomes *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2014 [cited 2019 nov 17]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n6/0066-782X-abc-20150031.pdf>
- 28 - Graciano MMC, Lago VC, Júnior HS, Marcos VC. Epidemiological and assistance care profile of patients with heart failure in a regional reference municipality. *Rev Médica Minas Gerais* [Internet]. 2015 [cited 2019 nov 05]; 25(2):199-207. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758326>
- 29 - Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland, JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic Heart Failure. *European Heart Journal* [Internet]. 2016 [cited 2019 set 05]; 37: 2129-2200. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921>
- 30 - Kaufman R, Azevedo VMP, Xavier RMA, Geller M, Chaves RBM, Castier MB. Evolution of heart failure-related hospital admissions and mortality rates: a 12-year analysis. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2015 [cited 2019 set 22]; 28(4):276-81. Available from: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/28/pdf/v28n4a03.pdf>
- 31 - Camberlain RS, Sond J, Mahendraraj K, Lau CSM, Siracuse BL. Determining 30-day readmission risk for heart failure patients: the readmission after heart failure scale. *Int J Gen Med* [Internet]. 2018 [cited 2019 nov 05]; 11:127-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5898587/>
- 32 - Fonseca C, Brito D, Cernadas R, Ferreira J, Franco F, Rodrigues T, et al. For the improvement of Heart Failure treatment in Portugal - Consensus statement. *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2017 [cited 2019 dez 17]; 36(1):1-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255116302979?via%3Dihub>
- 33 - Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Forarow GC, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States. *Circ Heart Fail* [Internet]. 2013 [cited 2019 set 21]; 6(3):606-19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908895/pdf/nihms539387.pdf>
- 34 - Gouveia M, Ascensão R, Fiorentino F, Costa J, Caldeira D, Broeiro-Gonçalves P, et al. The current and future burden of heart failure in Portugal. *ESC Hear Fail* [Internet]. 2019 [cited 2019 nov 11]; 6(2):254-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6437427/pdf/EHF2-6-254.pdf>

EPIDEMIOLOGIA DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Érika Vanessa Serejo Costa¹

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas¹

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto¹

Maria Adelane Monteiro da Silva¹

Luciano Garcia Lourenção²

<https://orcid.org/0000-0001-6845-1965>

<https://orcid.org/0000-0002-0585-5345>

<https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

<https://orcid.org/0000-0001-7579-2645>

<https://orcid.org/0000-0001-7579-2645>

Objetivo: Verificar a prevalência de cáries em pré-escolares, por meio do índice ceo-d. **Método:** Estudo transversal, desenvolvido entre fevereiro e outubro de 2016, com 189 crianças pré-escolares, com idade de cinco anos. Os dados foram coletados por meio de exame clínico, sistematizados no Microsoft Excel® e analisados com estatística descritiva segundo diretrizes do manual da Pesquisa SB-Brasil 2010. **Resultados:** Obteve-se índice ceo-d 4,48, com predominância de 90,4% do componente cariado, 3,4% extração indicada, 6,1% obturado. Apenas 20,1% da amostra obteve ceo-d = 0 (não apresentou lesões de cárie) e 68,7% nunca visitou o dentista até o momento da realização da pesquisa. **Conclusão:** A análise dos resultados dos componentes "c", "e" e "d" do índice ceo-d infere que a alta prevalência da doença cárie está relacionada a fatores diversos, como higiene oral precária, medo/ansiedade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal ou escassez destes para a faixa etária.

Descritores: Saúde da Criança; Saúde Bucal; Estudos Epidemiológicos; Cárie Dentária.

EPIDEMIOLOGY OF DENTAL CARIES IN PRE-SCHOOL CHILDREN OF A MUNICIPALITY IN THE BRAZILIAN NORTHEAST

Objective: To verify the prevalence of caries disease in preschoolers using the ceo-d index. **Method:** Cross-sectional study, developed between February and October 2016, with 189 preschoolers with age of five years. The data were collected through clinical examination, systematized in Microsoft Excel® and analyzed with descriptive statistics according to guidelines of SB-Brazil 2010 Research Manual. **Results:** The ceo-d index was 4.48, with a predominance of 90.4% of the carious component, 3.4% indicated extraction, and 6.1% obturated. Only 20.1% of the sample obtained ceo-d = 0 (did not present caries lesions) and 68.7% never visited the dentist until the moment of the research. **Conclusion:** The analysis of the results of the components "c", "e" and "d" of the ceo-d index infers that the high prevalence of caries disease is related to diverse factors such as poor oral hygiene, fear/anxiety, difficulty accessing health services or shortage of these for the age group.

Descriptors: Child Health; Oral Health; Epidemiological Studies; Dental Caries.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA CARIE DENTAL EN NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR EN UN MUNICIPIO DEL NORESTE DE BRASIL

Objetivo: Verificar la prevalencia de caries en los niños en edad pré-escolar, por medio del índice ceo-d. **Metodo:** Estudio transversal, desarrollado entre febrero y octubre de 2016, con 189 niños de cinco años. Los datos fueron recolectados por medio de examen clínico, sistematizados en Microsoft Excel® y analizados con estadísticas descriptivas de acuerdo con las directrices del Manual de Investigación SB-Brasil 2010. **Resultados:** Se obtuvo un índice ceo-d 4,48, con predominancia de 90,4% del componente cariado, 3,4% extracción indicada, 6,1% obturado. Solamente 20,1% de la muestra obtuvo ceo-d = 0 (no presentó lesiones de caries) y 68,7% nunca visitó al dentista hasta el momento de la realización de la investigación. **Conclusión:** El análisis de los resultados de los componentes "c", "e" y "d" del índice ceo-d, indica que la alta prevalencia de la caries está relacionada a factores diversos como higiene oral precaria, miedo/ansiedad, dificultad de acceso a los servicios de salud bucal o escasez de estos para esta franja de edad.

Descritores: Salud del Niño, Salud Bucal; Estudios Epidemiológicos; Caries Dental.

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) Sobral, CE.

²Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Rio Grande, RS.

Autor Correspondente: Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto - Email: rosemironeto@gmail.com

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é um dos agravos bucais mais prevalentes do mundo, sendo considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um grave problema de Saúde Pública, que afeta sujeitos de todas as idades, cujo diagnóstico precoce se torna cada vez mais importante para dar subsídios ao estabelecimento de medidas preventivas adequadas. Na infância, a cárie é uma doença crônica comum, cuja etiologia multifatorial pode associar-se a fatores biológicos, comportamentais, socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde bucal.⁽¹⁻⁴⁾

Além disso, as condições de saúde bucal se constituem em fatores de grande interferência na qualidade de vida dos sujeitos, impactando negativamente em todas as dimensões, seja física, funcional, nutricional e até mesmo psicossocial. A literatura mostra a influência marcante dos fatores sociais, econômicos e culturais na distribuição desigual dos problemas de saúde bucal na população, com maior prevalência de doenças na população com menos assistência social e sanitária.^(4,5-7)

Em crianças com idade pré-escolar - até os seis anos de idade -, a cárie é conceituada pela American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) como Cárie Precoce da Infância (CPI), e definida como a presença de um ou mais dentes decíduos com cárie (cavitada ou não cavitada), restaurados ou perdidos devido a cárie.⁽⁸⁾

O índice ceo-d possibilita a expressão quantitativa de prevalência da cárie para a dentição decídua, medindo o percentual de crianças com dentes decíduos cariados (c), com extração indicada ou perdidos devido à cárie (e) e obturados (o), em determinado período e espaço geográfico. Segundo a Federation Dentaire Internationale (FDI), a idade de cinco anos é adotada internacionalmente como parâmetro para uso do indicador, o qual é utilizado para analisar variações geográficas e temporais que demandem estudos especiais, bem como subsidiar os processos de planejamento, gestão, avaliação e implementação de ações, visando à melhoria da saúde bucal nesta faixa etária, o que resultará em reflexos positivos também para a dentição permanente desta população.^(4,9-10)

No Brasil, os modelos de atenção à saúde bucal, até o final do Século XX, eram excludentes e impactaram negativamente nos indicadores epidemiológicos e de acesso aos serviços básicos de saúde. A baixa cobertura em saúde bucal originou uma geração de desassistidos, com mutilação parcial ou total.⁽¹¹⁾

Resultados do índice de cárie ceo-d nas últimas Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal, realizadas em 2010 e 2003, desenham o panorama epidemiológico dessa desassistência. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 2010, na dentição decídua, o ataque de cárie em crianças de cin-

co anos foi, em média, de 2,43 dentes; desses, menos de 20% estavam tratados no momento em que foram realizados os exames epidemiológicos. Em 2003, a média nessa idade era de 2,8 dentes, uma redução pequena para um período de sete anos.⁽¹²⁻¹³⁾

Ante o exposto, este estudo objetivou verificar a prevalência de cáries em pré-escolares, por meio do índice ceo-d.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, do tipo estudo de caso.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Tianguá - Ceará, Brasil, durante o período de fevereiro a outubro de 2016. O município possui uma população estimada de 73.468 habitantes, é polo e sede da microrregião da saúde da Serra da Ibiapaba, 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), pertencente à Macrorregião da Saúde de Sobral.

Participantes do Estudo

A população investigada consistiu em crianças pré-escolares, com idade de cinco anos, residentes no município de Tianguá, que atenderam os seguintes critérios de inclusão: crianças na idade de cinco anos; estar cadastrado nas Unidades de Saúde da Família (USF) participantes, que assentiram participar da pesquisa, após o consentimento dos responsáveis, totalizando 300 crianças.

Utilizou-se o referencial da OMS, que considera a idade de cinco anos de importante interesse em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua, uma vez que estas podem exibir mudanças em um período de tempo menor do que a dentição permanente em outras idades-índice, além de ser usada internacionalmente para aferição do ataque de cárie em dentes decíduos.⁽¹⁴⁾

A amostra da pesquisa foi obtida utilizando técnicas de amostragem probabilística proporcional estratificada, de acordo com a população de cada USF, considerando erro amostral de 5%. A base do cálculo da amostra correspondeu a 171 crianças e, devido arredondamento de frações para números inteiros no número de participantes por USF, determinou-se amostra mínima de 176 crianças.

Procedimentos de Coleta de Dados

Como a pesquisa foi desenvolvida no momento de transição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o e-SUS, foi necessário buscar dados primários de modo individualizado em cada USF, investigando junto a cada Agente

Comunitário de Saúde (ACS) a quantidade de crianças cadastradas em suas respectivas microáreas. Por meio da articulação com o enfermeiro gerente das USF, os ACS organizaram suas demandas e agendaram dias específicos para a coleta de dados. Nos casos em que a articulação gerencial não foi efetiva ou o ACS não era bem aceito pela comunidade, os pesquisadores realizaram visitas domiciliares nos territórios, para a realização das avaliações bucais, até atingir a amostra planejada.

Após estratificação da amostra, a partir dos dados primários adquiridos por meio dos ACS, a coleta de dados foi realizada por uma única pesquisadora, sob iluminação artificial com lanterna em led ou refletor da cadeira odontológica.

Os instrumentais e materiais utilizados foram espelho clínico, máscara, luvas de procedimento, algodão em rolete e gazes estéreis. Os resultados foram registrados em planilhas, elaboradas especificamente para a pesquisa. A avaliação bucal foi realizada nas USF (com agendamento prévio), nas creches dos territórios e nos domicílios das famílias participantes, sendo contabilizado, para cada criança, o número de dentes cariados, dentes com extração indicada, dentes obturados, total de dentes decíduos e se era a primeira consulta de saúde bucal.

Procedimentos de Análise dos Dados

Após a coleta, os dados foram submetidos aos critérios para o diagnóstico dos componentes do índice ceo-d cariado, extração indicada e obturado, segundo manual da Pesquisa SB-Brasil 2010⁽¹⁴⁾, considerando-se:

- Elemento dentário hígido: dentes decíduos sem evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não foram considerados;

- Elemento dentário cariado (c): dentes decíduos cavitados ou com tecido amolecido na base, ou descoloração do esmalte, ou de parede, ou com uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro);

- Elemento dentário com extração indicada (e): dente decíduo não está no período de esfoliação e tem indicação de extração por motivo de cárie e não por outras razões; e

- Elemento dentário obturado (o): dentes decíduos com uma ou mais restaurações definitivas, com cárie recorrente ou não.

Os dados obtidos foram tratados estatisticamente e apresentados de forma descritiva.

Procedimentos Éticos

O estudo respeitou os aspectos éticos e legais que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de

Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Acaraú (CEP/UVA), sob Parecer nº 1.434.836.

Antecedendo a coleta dos dados, foi solicitado ao pais ou responsáveis pelas crianças que concordaram participar da pesquisa, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como do Termo de Assentimento da criança, para a realização da avaliação bucal.

RESULTADOS

Em virtude do arredondamento amostral na randomização por USF, a amostra final foi constituída por 189 crianças examinadas. Na Tabela 1 é apresentada a distribuição do número de microáreas, população (total de crianças com cinco anos de idade), amostra, número de crianças examinadas e o número de crianças que realizaram primeira consulta odontológica, segundo USF incluída no estudo. Observa-se que, em nove USF (90,0%), mais da metade das crianças nunca haviam realizado consulta odontológica e, para 130 (68,8%) crianças esta foi a primeira avaliação bucal realizada.

Tabela 1 – Distribuição do número de microáreas, população e amostra, número de crianças examinadas e de crianças que realizaram primeira consulta odontológica, segundo USF incluída no estudo.

USF	Microáreas		População	Amostra (e= 5%)	Crianças Examinadas	1ª Consulta	
	n	%				n	%
Ceasa	5	10,9	44	25,1	26	22	84,6
Centro de Nutrição	4	8,7	54	30,8	31	20	64,5
Centro de Saúde I	6	13,0	22	12,5	13	10	76,9
Córrego	6	13,0	44	25,1	31	25	80,6
Frecheiras	4	8,7	15	8,6	9	8	88,8
Governador Ferraz	4	8,7	31	17,7	25	14	56,0
Isabel Nogueira	3	6,5	11	6,3	7	2	28,5
Joana Urias	5	10,9	36	20,5	21	12	57,1
Planalto	5	10,9	21	12,0	13	10	76,9
Rodoviária	4	8,7	22	12,5	13	7	53,8
Total	46	100	300	171	189	130	68,8

Os resultados do índice ceo-d das crianças atingiram o valor médio de 4,48, com 90,4% de predominância do componente cariado (c) e oscilando entre ceo-d mínimo de 3,46 na USF Planalto e máximo de 5,42 na USF Isabel Nogueira.

A comparação do índice ceo-d obtido em Tianguá com resultados da Pesquisa SB - Brasil 2010 de Fortaleza, de municípios do interior do Nordeste e do Brasil, evidenciou que o município de Tianguá possui prevalência de cárie superior ao das outras localidades (Figura 1).

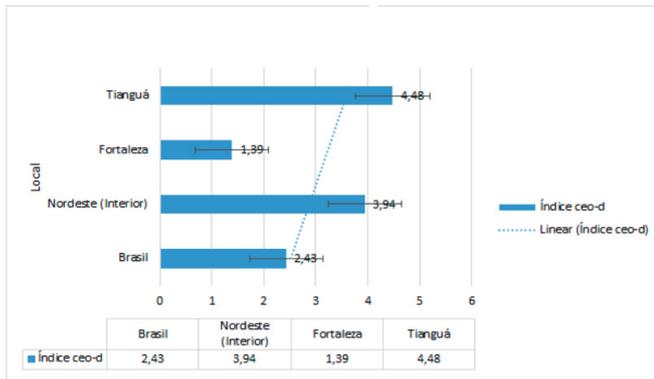


Figura 1 – Comparação do índice ceo-d obtido em Tianguá com resultados da Pesquisa SB - Brasil 2010 de Fortaleza, de municípios do interior do Nordeste e do Brasil.

Conforme mostra a Tabela, o número de crianças sem cáries – ceo-d = 0 –, bem como o índice ceo-d encontrado em todas as USF são superiores à média nacional.

Tabela 2 – Distribuição do número de crianças sem cáries, em cada componente do índice ceo-d e valores do índice ceo-d, por USF.

Unidade de Saúde	Amostra		Crianças Sem Cárie		Elementos Dentários						Índice ceo-d	
	n	%	n	%	c*		e**		o***			Total
Centro Nutrição	31	16,4	5	16,1	125	86,2	4	2,7	16	11,0	145	4,67
Córrego	31	16,4	8	25,8	128	92,0	6	4,3	5	3,5	139	4,48
Ceasa	26	13,7	7	26,9	120	96,7	2	1,6	2	1,6	124	4,76
Gov. Ferraz	25	13,2	3	12,0	104	85,9	12	9,9	5	4,1	121	4,84
Joana Urias	21	11,1	4	19,0	91	90,0	-	-	10	9,9	101	4,80
Centro Saúde I	13	6,8	3	23,0	40	86,9	2	4,3	4	8,6	46	3,53
Planalto	13	6,8	3	23,0	40	88,8	1	2,2	4	8,8	45	3,46
Rodoviária	13	6,8	2	15,3	42	89,3	-	-	5	10,6	47	3,61
Frecheiras	9	4,7	1	11,1	40	97,5	-	-	1	2,5	41	4,55
Isabel Nogueira	7	3,7	2	28,5	36	94,7	2	5,2	-	-	38	5,42
Total	189	100	38	20,1	766	90,4	29	3,4	52	6,1	847	4,48

A Figura 2 mostra a distribuição do percentual de crianças sem cáries (ceo-d = 0) ou com ceo-d ≥ 1. Observa-se que, em todas as USF, o percentual de crianças sem cáries está abaixo de 30,0%, sendo a média geral de crianças livres de cárie de 20,1%.

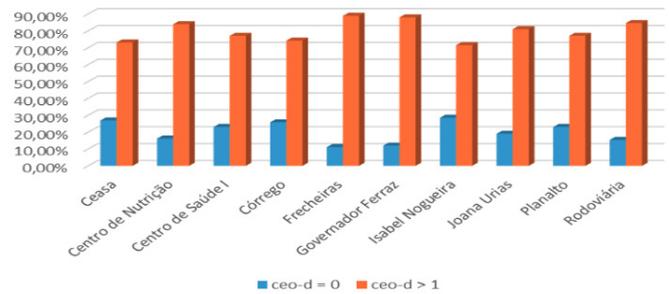


Figura 2 – distribuição do percentual de crianças sem cáries (ceo-d = 0) ou com ceo-d ≥ 1.

DISCUSSÃO

A análise dos percentuais de cada componente do índice ceo-d evidencia que, maiores valores no componente “o” (elemento dentário obturado) indicam maior probabilidade de acesso da criança aos serviços de saúde bucal, diferentemente dos componentes “c” (elemento dentário cariado) e “e” (elemento dentário com extração indicada), cuja história presente da doença sugere ausência/dificuldade de acesso.⁽¹⁵⁾ Nesse contexto, os altos valores apontados neste estudo, para o componente elemento dentário cariado, evidenciam dificuldade de acesso e possível escassez de serviços de saúde bucal no município em estudo, direcionados à esta população,

fato que é reforçado pelo alto percentual de crianças que, aos cinco anos de idade, ainda não haviam realizado nenhuma consulta odontológica.

O importante aumento do índice de cáries nas crianças estudadas, em relação a outras regiões brasileiras aponta a necessidade de estratégias de intervenção no município. De acordo com os resultados obtidos no estudo, o índice ceo-d do município é três vezes maior que o da capital do estado e quase 20% maior do que o apresentado por municípios do interior da região nordeste. Além disso, enquanto a Pesquisa SB-Brasil 2010, aponta que 46,6% das crianças brasileiras com cinco anos de idade estão livres de cárie⁽¹⁵⁾, este estudo evidenciou que apenas 20,1% das crianças do município não apresentaram lesões de cárie, ou seja, percentual muito inferior ao observado no Brasil.

Estudos realizados na região nordeste apontam índices ceo-d inferiores ao encontrado na presente pesquisa, reforçando a baixa cobertura e má qualidade das ações de saúde bucal no município avaliado.

Em Brejo dos Santos, Paraíba, estudo com pré-escolares de quatro e cinco anos de idade identificou experiência de cárie 50,9% e índice ceo-d médio de 1,15. Mesmo com esses valores inferiores aos observados nesta pesquisa, os autores consideraram o índice de cárie dentária elevado na população pré-escolar.¹⁶ Corroborando, estudos realizados em Fortaleza, Ceará, apontam ceo-d para crianças na faixa etária de três a seis anos variando entre 1,62 e 3,97,⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ reforçando os resultados da Pesquisa SB-Brasil 2010 no estado do Ceará, que mostrou menor prevalência de cáries na infância, na capital do que no interior.⁽¹²⁾

Outros estudos realizados em municípios de outras regiões do Brasil demonstraram valores inferiores aos observados nesse estudo, tais como Araçatuba, São Paulo, cujo ceo-d médio foi de 1,88, sendo composto por 78% de dentes cariados, 21% de dentes restaurados e 1% de dentes com extração indicada;⁽¹⁹⁾ Mineiros, Goiás, onde o ceo-d médio foi de 1,77, com predominância do componente cariado;²⁰ e Montes Claros, Minas Gerais, ceo-d 1,17.⁽²¹⁾

O elevado percentual observado no componente C (dente cariado), associado ao baixo valor do componente O (dente obturado) indica insuficiência na provisão de cuidados odontológicos (muitas cáries vs. poucas restaurações), que pode ser decorrente da descontinuidade do programa de atenção à saúde bucal no município. Este cenário indica a necessidade de implementação de ações de atenção à saúde bucal eficazes, que superem o subdimensionamento dos recursos e a descontinuidade da assistência, enfatizando a dimensão da prevenção como estratégia de atenção, e investindo em pesquisas que possibilitem gerar conhecimentos capazes de contribuir para melhorar a situação atual.⁽²²⁾

Nesse contexto, os resultados do presente estudo são

fundamentais para que os profissionais da saúde discutam, planejem, implantem, implementem e avaliem as ações de saúde bucal que, muitas vezes, são direcionadas aos escolares, deixando os pré-escolares em segundo plano.⁽¹⁹⁾ A literatura brasileira destaca uma certa tendência de crescimento da prevalência e gravidade da cárie no país, com o avançar da idade, quando os resultados de um ceo-d baixo podem evoluir para um cpo-d alto.^(12-13,23)

Desta forma, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, associada às maiores taxas de dentes cariados, na composição do índice ceo-d, justifica a importância de direcionar ações de atenção à saúde bucal nessa faixa etária. Nesse contexto, além de considerar a necessidade de mudar comportamentos de cuidados com saúde bucal na criança, é imprescindível que os gestores e os profissionais da saúde estejam atentos aos aspectos culturais que, muitas vezes, pressupõe o entendimento dos pais e educadores, de que os dentes deciduos serão substituídos, sendo, por este motivo, desvalorizados.⁽²⁴⁾

Estudo com crianças institucionalizadas e não institucionalizadas com ceo-d elevado aponta a ausência do cirurgião-dentista, como maior fator de risco para o aparecimento de cáries nas crianças institucionalizadas, apesar de as crianças não institucionalizadas, que dispunham de cuidados de saúde bucal, também terem apresentado elevado índice de cáries. Para os autores, os resultados denotam a necessidade de implantação e/ou manutenção de assistência à saúde bucal de modo efetivo, seja nas escolas ou em abrigos, para que os índices de cáries possam ser reduzidos em médio e longo prazo.⁽²⁵⁾

Não obstante, ressalta-se a fragilidade do indicador relacionado à primeira consulta de saúde bucal, que mostrou-se elevado no presente estudo. Apesar de medir a porcentagem da população que teve acesso aos serviços públicos de saúde bucal, muitas vezes esse valor é superestimado, incorporando os atendimentos de emergência, realizados na primeira consulta. Do ponto de vista odontológico e da saúde pública, esses atendimentos não representam intervenção para a adequada recuperação e controle das doenças bucais, pois o atendimento é pontual e, para os serviços, não demonstra resolutividade, pois o cliente não retorna para completar o tratamento após a resolução imediata do problema.⁽²⁶⁾

É o que se confirma na análise da relação entre os valores do ceo-d em cada USF e as respectivas percentagens de primeira consulta encontradas no presente estudo. Independentemente do percentual de crianças em primeira consulta ser alto ou baixo, o índice ceo-d foi elevado, o que sugere não haver relação direta entre tais indicadores neste estudo.

Estudo realizado no interior do estado de São Paulo corrobora esses resultados ao evidenciar que um método preventivo isolado não é suficiente para assegurar baixos índices de cárie dentária. A alta prevalência da doença pode ser proveniente de fatores diversos, como a deficiência ou ausência

dos procedimentos de higienização oral, e não apenas da dificuldade de acesso ao serviço de saúde bucal. Para os autores, a saúde bucal da criança pode estar mais relacionada aos conhecimentos de saúde bucal de seus familiares, o que exige que as ações de saúde bucal também atinjam os cuidadores, especialmente aquelas voltadas para a prevenção de riscos, de cáries e de mutilações precoces, as de educação em saúde e de promoção da saúde bucal.⁽¹⁹⁾

No entanto, esses resultados não excluem a importância de garantir acesso aos serviços de saúde bucal, imprescindíveis na busca de melhores condições de vida. Para se ter ideia, no Brasil, as crianças realizam a primeira visita ao dentista entre os quatro e cinco anos de vida, enquanto o recomendado é que o início dos atendimentos de saúde bucal ocorra entre seis meses e um ano de idade, demonstrando que a busca por serviços de saúde bucal ocorre muito tardiamente.⁽²⁷⁾

Há um entendimento cultural de que o cirurgião-dentista cuida dos dentes quando estão “doentes”. Neste contexto, a presença de bebês no consultório de saúde bucal é reduzida e, muitas vezes, quase inexistente em muitas unidades de saúde. Além disso, a não universalização dos serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) exige que os poucos serviços existentes deem conta das urgências odontológicas e dos problemas bucais dos adultos, que interferem na sua capacidade produtiva, comprometendo a implementação das ações de promoção da saúde bucal, bem como a ampliação do atendimento para as crianças.⁽²⁸⁻³⁰⁾

Assim, compreende-se que a garantia de acesso universal à atenção odontológica na Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da ampliação das equipes, de investimentos na qualificação da gestão e implementação de práticas de saúde baseadas em evidência contribui para a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira. Além disso, assegurar o desenvolvimento de práticas promotoras de saúde bucal, de ações de prevenção de doenças e recuperação da saúde bucal, que corroborará com a melhoria das condições de saúde e resgate social de populações vulneráveis e carentes.³⁰⁻³¹

Além do acesso às ações de saúde bucal, a educação em saúde, com orientações aos pais e estímulo à prevenção da cárie, com a garantia do acesso aos insumos para escovação e higienização bucal são fundamentais. Neste sentido, a educação em saúde passar a ser um movimento instituinte e “eixo estruturante para a transformação da realidade”.⁽²⁹⁻³⁰⁾

Limitações do Estudo

O estudo apresenta limitações importantes no que se refere a população e a amostra, uma vez que o período da coleta de dados coincidiu com a transição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o e-SUS e o processo de identificação das crianças se deu pelo contato com a Equipe da ESF, especialmente os agentes comunitários de saúde e

não diretamente no sistema.

Outro aspecto que deve ser considerado é o fato do cenário da pesquisa compreender apenas um município da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) da Macrorregião de Saúde de Sobral, Ceará.

Contribuições para a Prática

Considerando que o conhecimento da distribuição das doenças em uma população é de extrema relevância para o delineamento de ações e a organização dos serviços de saúde, o estudo contribui com informações importantes para o direcionamento de políticas e ações de atenção à saúde bucal em pré-escolares, fornecendo subsídios para o planejamento e a efetivação de estratégias interventivas, principalmente no nível local da APS.

CONCLUSÃO

A identificação do perfil epidemiológico da cárie em crianças pré-escolares constituiu-se ferramenta chave para o reconhecimento real do problema na população estudada, premissa básica para que gestores e profissionais de saúde desenvolvam estratégias de planejamento, execução e avaliação de ações interventivas, aliadas à prática do cuidado promotor de saúde bucal, especialmente na puericultura, ainda fragmentada e restrita às ações pontuais na APS local.

Os resultados do estudo apontam que, após quase 20 anos de institucionalização da Política Brasileira de Saúde Bucal, a partir de Programas como o “Brasil Sorridente” e da ampliação da Equipe de Saúde Bucal (eSB) junto à ESF, os valores dos componentes C, E e D do índice ceo-d inferem que a alta prevalência de cáries está mais relacionada à dificuldade de acesso e escassez de serviços do que à não universalização da cobertura dos serviços de saúde bucal para a população do município estudado, o que se assemelha diversos municípios brasileiros.

Inferências desta natureza são importantes para a análise de causa, entretanto, constatou-se a influência de outros fatores, como deficiência ou ausência dos procedimentos de higiene oral; medo e ansiedade, que permeiam a primeira visita ao cirurgião-dentista, para realização do exame de saúde bucal, e justificam a necessidade de implantação de ações de saúde bucal aos pré-escolares e seus cuidadores, especialmente as direcionadas à educação e promoção da saúde bucal.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

ÉVS Costa e CASL Freitas participaram da concepção e delineamento do estudo, redação e revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito. FRG Ximenes Neto e MAA Monteiro participaram do delineamento, da redação e revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito. LG Lourenção participou da revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Melo P, Azevedo A, Henriques M. Cárie dentária – a doença antes da cavidade. *Acta Pediatr Port.* 2008 [cited 2020 Mar 24]; 39(6):253-9. Available from: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4616/3453>.
2. Cangussu MC, Johelle Passos-Soares J, Cabral MB. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. In: Chaves SCL (org.). *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*. Salvador: EDUFBA, 2016.
3. Januário BS, Figueiredo MC, Faustino-Silva DD. Avaliação de protocolos de manejo de cárie em crianças de 0 a 3 anos de idade baseada no risco. *Stomatos.* 2017 [cited 2020 Mar 24]; 23(45):14-25. Available from: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/stomatos/article/view/3133>.
4. Nunes VH, Perosa GB. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017 [cited 2020 Mar 24]; 22(1):191-200. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.13582015>
5. Pereira AL. Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia; 2010. [cited 2020 Mar 24]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0986.pdf>.
6. Lawder JA, Matos M, Souza JB, Freire MC. Impact of oral condition on the quality of life of homeless people. *Rev. saúde pública.* 2019 [cited 2020 Mar 24]; 53:22. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000718>
7. Souza RL, Guimarães ARD. Influência da condição bucal na qualidade de vida de adolescentes: uma revisão integrativa. *Anais SEMIC.* 2017 [cited 2020 Mar 24]; 21:1941. Available from: <http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/semic/article/view/2556/1941>.
8. Oliveira DA. Cárie dentária na infância – exposição precoce a fatores de risco. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina Dentária; 2017. [cited 2020 Mar 24]. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/107228/2/211841.pdf>.
9. Scalioni FAR, Figueiredo SR, Curcio WB, Alves RT, Leite ICG, Ribeiro RA. Hábitos de dieta e Cárie Precoce da Infância em crianças atendidas em Faculdade de Odontologia Brasileira. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2012 [cited 2020 Mar 24]; 12(3):399-404. Available from: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1352/880>.
10. Departamento de Informática do SUS – DATASUS (Brasil). Proporção de crianças de 5-6 anos de idade com índice ceo-d igual a 0 - G.18 – 2011. [cited 2020 Mar 24]. Available from: <http://fichas.ripsa.org.br/2011/g-18/>.
11. Gonçalves CÂ, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015 [cited 2020 Mar 24]; 20(2):449-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.00702014>
12. Ministério da Saúde (BR). Projeto SB-Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília; 2012. [cited 2020 Mar 24]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.
13. Ministério da Saúde (BR). Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados Principais. Brasília; 2004. [cited 2020 Mar 24]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf.
14. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa SB-Brasil 2010 – manual da equipe de campo. Brasília; 2009. [cited 2020 Mar 24]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sbbrasil_2010_pesquisa_nacional_saude_bucal_manual_equipe_campo.pdf.
15. Müller IB, Castilhos ED, Camargo MJB, Gonçalves H. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015 [cited 2020 Mar 25]; 24(4):759-70. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400018>
16. Silva DDP, Camelo CCA, Carvalho MMP, Paredes SO. Experiência de cárie dentária e fatores associados em crianças pré-escolares. *Arq Odontol.* 2018 [cited 2020 Mar 25]; 54:e04. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivosemodontologia/article/view/3759>.
17. Almeida ACEB. Saúde bucal em crianças com idade índice de cinco anos pertencentes a famílias em situação de pobreza beneficiadas

- pelo Programa Bolsa Família. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; 2014. [cited 2020 Mar 24]. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/8950>
18. Vieira APGF, Karbage JP. Impacto da atenção odontológica na saúde bucal de crianças. *RBPS*. 2011 [cited 2020 Mar 24]; 24(1):10-15. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2045/2339>.
19. Garbin CAS, Chiba FY, Garbin AJI, Arcieri RM. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares de escolas de educação infantil de Araçatuba, São Paulo. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2011 [cited 2020 Mar 24]; 32(2):28-32. Available from: <http://hdl.handle.net/11449/133382>.
20. Basílio KB, Vilela MIM, Braga RRS, Oliveira DC, Carrijo MO. Perfil de saúde bucal dos pré-escolares de uma escola municipal do sudoeste goiano. *Revista Saúde Multidisciplinar*. 2015 [cited 2020 Mar 24]; 3:162-75. Available from: <https://www.fampfaculdade.com.br/wp-content/uploads/2019/03/Art.-12-PERFIL-DE-SA%C3%A9DE-BUCAL-DOS-PR%C3%89-ESCOLARES-DE-UMA-ESCOLA-MUNICIPAL-DO-SUDOESTE-GOIANO.pdf>.
21. Tonelli SO, Rodrigues LAM, Alencar AM, Rodrigues CAQ. Avaliação do impacto de fatores socioeconômicos e acesso aos serviços de saúde bucal na prevalência de cárie dentária em crianças. *RFO UPF* [online]. 2016 [cited 2020 Mar 24]; 21(2):172-7. Available from: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rfo/v21n2/a04v21n2.pdf>.
22. Narvai PC, Campos JNS, Coelho CC, Frazão P, Rodrigues DA, Lemos PN. Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018 [cited 2020 Mar 24]; 27(1):e20171725. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100005>
23. Moraes SNS, Arsenian MB, Tucci R. Avaliação clínica e utilização do índice CPO-D/"ceo-d" em crianças da Escola Municipal José Carlos Porto-Paraty/RJ. *J Health Sci Inst*. 2014 [cited 2020 Mar 24]; 32(3):235-40. Available from: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/03_jul-set/V32_n3_2014_p235a240.pdf.
24. Souza KFM, Oliveira WBC. Prevalência de cárie dentária em estudantes de uma escola pública na cidade de Porto Velho/RO. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Velho: Centro Universitário São Lucas; 2019. [cited 2020 Mar 24]. Available from: <http://repositorio.sao-lucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3433/Katiana%20Fortuna%20de%20Menezes%20de%20Souza,%20Wilasmar%20Batista%20C%C3%A9sar%20de%20Oliveira%20-%20Preval%C3%Aancia%20de%20c%C3%A1rie%20dent%C3%A1ria%20em%20estudantes%20de%20uma%20escola%20p%C3%BAblica%20na%20cidade%20de%20Porto%20Velho%20RO.pdf?sequence=1>.
25. Vieira APGF, Karbage JP. Impacto da atenção odontológica na saúde bucal de crianças. *RBPS*. 2011 [cited 2020 Mar 24]; 24(1):10-15. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2045/2339>.
26. Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C, Araujo ME. Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 [cited 2020 Mar 24]; 17(4):1015-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400023>
27. Silva JM, Penha ES. Acesso a serviços odontológicos e perda dentária em crianças. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2015 [cited 2020 Mar 25]; 9(1):1-11. Available from: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rccs/article/view/2405>.
28. Silva MCB (org.). *Saúde da criança: questões da prática assistencial para dentistas*. São Luís: UNA-SUS/UFMA; 2014. [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/513>.
29. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019 [cited 2020 Mar 25]; 24(5):1809-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017>
30. Silva JMA, Silva J, Batista B, Carmo A, Gadelha M, Andrade M et al. Dificuldades experienciadas pelos agentes comunitários de saúde na realização da educação em saúde. *Enferm. Foco*. 2019 [cited 2020 Mar 25]; 10(3):82-7. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1818/577>.
31. Ximenes Neto FRG, Vasconcelos FM, Chagas MIO, Cunha ICKO, Sampaio JJC, Silva RCC. Nascimento da dentição em crianças menores de um ano: análise do perfil, percepção e práticas maternas e suas implicações para a organização dos serviços de saúde. *Biblioteca Lascasas*. 2010 [cited 2020 Mar 25]; 6(1). Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0506.pdf>.

PERFIL DOS ENFERMEIROS PERFUSIONISTAS BRASILEIROS ATUANTES NO MERCADO DE TRABALHO

Andrelise Maria Nicoletti¹

<http://orcid.org/0000-0001-6893-0595>

Objetivo: traçar o perfil dos enfermeiros perfusionistas brasileiros atuantes no mercado de trabalho. **Método:** trata-se de um estudo observacional com delineamento transversal. Foram obtidos dados de perfil sócio demográfico e profissional dos perfusionistas em situação ativa no Brasil através do preenchimento de um questionário eletrônico. A amostra contemplou 70 enfermeiros perfusionistas. **Resultados:** a maioria dos profissionais é do sexo feminino (44%), possui 38,3±8,62 anos. A formação complementar demonstra um período de transição e aperfeiçoamento nesta especialidade: 84,2% destes possuem pós-graduação. **Conclusão:** o perfil profissional dos enfermeiros perfusionistas está em franca evolução em termos de qualificação e, nesse enfoque, torna-se necessário o conhecimento da especialidade para o delineamento de novas ações e inserção profissional em diferentes cenários da tecnologia extracorpórea.

Descritores: Circulação Extracorpórea; Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares; Enfermagem.

PROFILE OF BRAZILIAN PERFUSIONIST NURSES ACTING IN THE LABOR MARKET

Objective: to profile the Brazilian perfusionist nurses working in the labor market. **Methods:** This is an observational study with cross-sectional design. Data on socio-demographic and professional profile of perfusionists in active situation in Brazil were obtained by completing an electronic questionnaire. The sample included 70 perfusionist nurses. **Results:** most professionals are female (44%), 38.3 ± 8.62 years old. Complementary education demonstrates a period of transition and improvement in this specialty: 84.2% of these have postgraduate degrees. **Conclusion:** the professional profile of perfusionist nurses is clearly evolving in terms of qualification and, in this approach, it is necessary to know the specialty to delineate new actions and professional insertion in different scenarios of extracorporeal technology.

Descriptors: Cardiopulmonary bypass; Cardiovascular Surgical Procedures; Nursing.

PERFIL DE ENFERMERAS PERFUSIONISTAS BRASILEÑAS QUE ACTUAN EN EL MERCADO LABORAL

Objetivo: perfilar las enfermeras perfusionistas brasileñas que trabajan en el mercado laboral. **Método:** Este es un estudio observacional con diseño transversal. Los datos sobre el perfil sociodemográfico y profesional de perfusionistas en situación activa en Brasil se obtuvieron completando un cuestionario electrónico. La muestra incluyó 70 enfermeras perfusionistas. **Resultados:** la mayoría de los profesionales son mujeres (44%), 38.3 ± 8.62 años. La educación complementaria demuestra un período de transición y mejora en esta especialidad: 84,2% de ellos tienen títulos de posgrado. **Conclusión:** el perfil profesional de las enfermeras perfusionistas está evolucionando claramente en términos de calificación y, en este enfoque, es necesario conocer la especialidad para delinear nuevas acciones e inserción profesional en diferentes escenarios de tecnología extracorpórea.

Descriptorios: Circulación Extracorporea; Procedimientos quirúrgicos cardiovasculares; Enfermería.

¹Hospital Universitário de Santa Maria, RS.
Autor Correspondente: Andrelise Maria Nicoletti - Email: andrelise.nicoletti@ebserh.gov.br

Recebido 25/11/2019 Aceito 02/4/2020

INTRODUÇÃO

Dentre as cirurgias de alta complexidade estão as cardiovasculares e uma das especificidades na maioria destes procedimentos é a necessidade de instalação de circulação extracorpórea (CEC) durante o período transoperatório. A história do aprimoramento da cirurgia cardiovascular é baseado no progresso da CEC⁽¹⁾. Devido a alta responsabilidade que a realização da CEC requer, o profissional que desempenha tal função deve possuir ensino superior na área da saúde bem como especialização em perfusão extracorpórea⁽²⁾.

A equipe multiprofissional envolvida na realização de cirurgias com CEC é constituída por cirurgiões, anestesio- logistas, perfusionistas e enfermagem. O cotidiano profis- sional do perfusionista é de elevada responsabilidade, pois dentre suas atribuições está a de substituir temporaria- mente as funções cardiopulmonares do paciente por meio da CEC, utilizando materiais, técnicas e equipamentos es- pecíficos no período principal da cirurgia cardiovascular, na qual o coração e pulmão permanecem parados⁽¹⁾.

Acrescido a isto, é necessário manter o controle da macro e micro hemodinâmica, função hidroeletrólítica, he- matológica e equilíbrio ácido-base do paciente estáveis em todos os âmbitos da aplicação da CEC. O perfusionista tem a atribuição de manter o paciente hemodinamicamente através desta substituição temporária da circulação san- guínea e oxigenação⁽³⁾. Além disso, o perfusionista exerce um papel fundamental na segurança dos procedimentos com CEC por sua ação direta na técnica desempenhada e na prevenção de incidentes⁽⁴⁾.

A circulação extracorpórea pode ser considerada como um procedimento de alto risco, embora os dispositivos utilizados atualmente em CEC apresentem qualidade su- perior quando comparado aos iniciais. Deste modo, não se dispensa o profissional habilitado para exercer essa vital função para garantia da segurança do paciente e do ato cirúrgico⁽⁵⁾.

Os dados desse estudo refletem o cenário atual da in- serção do enfermeiro no campo da tecnologia extracorpó- rea no país que, além de demonstrar a formação acadêmi- ca/profissional, poderão ser norteadores na definição de projetos futuros na melhoria da qualificação nessa área. Nesse contexto, objetiva-se traçar o perfil dos enfermeiros perfusionistas brasileiros considerando o cenário atual e perspectivas futuras da profissão.

MÉTODO

Os dados de perfil sócio demográfico e profissional utilizados nesse estudo foram extraídos da dissertação de

mestrado “Perfusionistas brasileiros: estresse ambiental e qualidade de vida”, a qual teve abordagem quantitativa com delineamento observacional transversal. Os participantes elegíveis foram os perfusionistas brasileiros em situação ativa. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018 através do preenchimento de um questionário eletrônico com enfoque no perfil profis- sional. Foram convidados 205 perfusionistas em situação ativa, tendo adesão de 157 profissionais, sendo destes 70 enfermeiros perfusionistas. Devido as entidades represen- tativas da categoria profissional não possuírem a relação de perfusionistas atuantes no país, tornou-se necessário utilizar como referência um grupo de mensagens instantâ- neas “Perfusionistas Brasil” cujo ingresso é limitado a pro- fissionais formados e/ou situação ativa.

A análise dos dados foi realizada através da utilização do pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences, versão 23.0. As variáveis contínuas foram expressas como média e percentuais. Foi utilizado teste qui quadrado para verificar a associação. A pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética da Universidade Franciscana de Santa Maria/ RS, sob o nº 76930317.0.0000.5306. Os participantes assi- naram um termo de consentimento esclarecido eletrônico autorizando a pesquisa e o uso dos dados fornecidos.

RESULTADOS

A amostra contemplou 70 enfermeiros perfusionistas de todas as regiões brasileiras (tabela 1). A análise dos da- dos de perfil sócio demográfico (tabela 2) evidenciou que a maioria dos enfermeiros perfusionistas brasileiros é do sexo feminino (44%), possui 38,3±8,62 anos de idade, é ca- sado ou está em uma união estável (61,5%) e não têm filhos (52,9%).

Gráfico 1: Distribuição dos profissionais nas regiões bra- sileiras. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

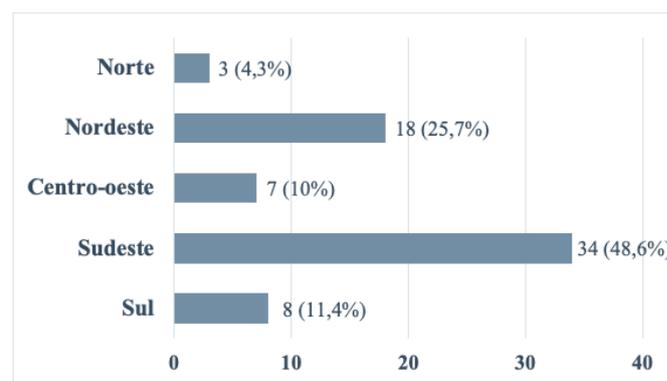


Tabela 1: Caracterização dos enfermeiros perfusionistas. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

	n	%
Sexo		
Feminino	44	62,9
Masculino	26	37,1
Idade		
Até 35 anos	29	41,4
36 a 50 anos	33	47,1
Mais de 50 anos	8	10,5
Estado Civil		
Casado ou União Estável	43	61,5
Solteiro, Divorciado, Separado ou Viúvo	37	38,5
Filhos		
Nenhum	37	52,9
1 a 2 filhos	29	41,4
3 ou mais	4	5,7

A maioria dos enfermeiros perfusionistas (84,2%) possuem pós-graduação. A formação complementar demonstra um período de transição e aperfeiçoamento nesta especialidade (tabela 2). A maioria dos entrevistados possui algum tipo de especialização (67,1%) sendo que destes, 55,3% cursaram uma especialização com carga horária superior de 800h. Apenas 22,9% realizaram curso em Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO). Não houve associação entre o tempo de atuação profissional e a formação complementar ($p=0,26$).

Tabela 2: Formação profissional do enfermeiro perfusionista. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

	n	%
Pós graduação		
Especialização	47	67,1
Mestrado	6	8,6
Doutorado	4	5,7
Especialização em CEC		
Carga horária < 800h	21	30
Carga horária >800h	26	37,1
Curso de ECMO		
Não	54	77,2
Sim	16	22,8

O tempo médio de atuação dos profissionais como enfermeiro perfusionista foi de $10,31\pm 8,7$. O principal vínculo empregatício observado é o da Consolidação das Leis Trabalhis-

tas (CLT), com uma média de carga horária mensal de $37\pm 13,7$. Entre os enfermeiros perfusionistas, 34,3% exercem outra atividade profissional além da Perfusionação na instituição na qual trabalham e 72,9% participam de escala de sobreaviso da especialidade. A maioria (61,4%) trabalha com pacientes adultos. Em relação à auto avaliação satisfação profissional, 12,9% dos enfermeiros perfusionistas avaliaram como regular a muito ruim. Outros dados referentes à atuação profissional podem ser conferidos na tabela 3.

Tabela 3: Atuação profissional do enfermeiro perfusionista. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

	n	%
Vínculo Empregatício		
CLT	41	58,6
Autônomo ou Contrato	17	24,3
Estatutário	12	17,1
Carga horária semanal		
Até 36h	35	50
Acima de 36h	35	50
Faz sobreaviso		
Sim	51	72,9
Não	19	27,1
Exerce outra atividade profissional além da Perfusionação na instituição em que trabalha?		
Sim	24	34,3
Não	46	65,7
Faixa de ganho salarial		
até 4.000	16	22,9
4.001 à 8.000	31	44,3
Acima de 10.000	10	14,3
Não informado	7	10
Público de trabalho		
Adulto	43	61,4
Adulto e infantil	27	38,6
Atua com Transplante Cardíaco		
Sim	25	35,7
Não	45	64,3
Atua com ECMO		
Sim	28	40
Não	42	60
Atua com Quimioterapia Hipertérmica?		
Sim	16	22,9
Não	54	77,1
Auto avaliação da satisfação profissional		
Ótimo	21	30
Muito bom	20	28,6
Bom	20	28,6
Regular	5	7,1
Ruim	2	2,9
Muito ruim	2	2,9

CLT:consolidação das leis trabalhistas ; ECMO: oxigenação por membrana extracorpórea

Houve associação entre a carga horária semanal e a faixa salarial dos profissionais ($p=0,008$): quanto mais horas trabalhadas, maiores os salários. Entre os perfusionistas que ganham até R\$4.000, 42% trabalham até 30 h semanais. Não foi observada associação entre a faixa salarial e a região onde o profissional atua ($p=0,42$).

DISCUSSÃO

A amostra evidenciou que a maioria dos perfusionistas são mulheres (44%) e a média de idade de $38,3 \pm 8,62$ anos ao contrário de um estudo realizado pelo Conselho Americano de Perfusão, que demonstrou que a força de trabalho é predominantemente masculina (64,3%), com a categoria de 50 a 59 anos como o grupo dominante (29,0%), seguido dos 30 a 39 anos (23,0%), 40 a 49 anos (23,4%) e idade superior a 60 anos (15,3%)⁽⁷⁾.

Acredita-se que a responsabilidade desta especialização, a constante evolução tecnológica de dispositivos de suporte circulatório mecânico e a concorrência de mercado de trabalho por melhor remuneração exigem do perfusionista a busca contínua do conhecimento. Observa-se uma franca evolução em termos de qualificação dos profissionais atuantes na área de tecnologia extracorpórea⁽⁷⁾.

Muitos enfermeiros perfusionistas (34,3%) ainda exercem outra atividade profissional além da circulação extracorpórea na instituição em que trabalha. De acordo com as Normas Brasileiras Para o Exercício da Especialidade de Perfusionista em Circulação Extracorpórea da Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea (SBCEC)⁽²⁾, os perfusionistas não devem exercer outras atividades fora do contexto da Perfusão, ainda que na sua área profissional da graduação. O deslocamento do profissional para outra atividade pode ser caracterizado como acúmulo de função, incidindo muita sobre o valor do salário nominal em favor do profissional.

O perfusionista desempenha uma função importante nas cirurgias cardiovasculares com CEC, seja por sua ação direta ou por ação dos equipamentos e materiais. Sua participação não deve ser subestimada⁽⁸⁾. Nessa premissa, considera-se importante ampliar esta discussão no que tange a evolução, o cenário atual e perspectivas futuras do enfermeiro na atuação em tecnologia extracorpórea.

A especialidade de cirurgia cardiovascular foi uma das poucas no Brasil que cooperou tanto para o desenvolvimento do conhecimento global na área médica. No que se refere a técnicas cirúrgicas, é possível citar as contribuições de cirurgiões brasileiros na melhora dos resultados cirúrgicos à nível mundial nos procedimentos cirúrgicos, como é o caso da revascularização do miocárdio⁽³⁾.

A cirurgia no coração era limitada até a aplicação com su-

cesso da máquina de bypass em 1953; desde então, avanços significativos foram realizados na máquina coração-pulmão⁽⁶⁾. A CEC foi fundamental para a evolução das cirurgias cardiovasculares, possibilitando segurança para a correção de defeitos cardíacos mais complexos⁽⁹⁾.

Nos primórdios, a CEC ficava sob responsabilidade de médicos da equipe cirúrgica ou técnicos de sala de operação - uma geração de "técnicos em perfusão", que muitas vezes não tinham grandes conhecimentos teóricos de fisiologia e patologia cardiovascular, mas, indiscutivelmente, tinham uma grande habilidade para manusear todos os aspectos mecânicos da circulação extracorpórea e para lidar com eventuais falhas dos equipamentos, que não eram raras. Com o aumento do uso na década de 1960, uma necessidade foi sentida: profissionais qualificados para exercer tal função. Assim, uma nova geração de profissionais perfusionistas cardiovasculares surgiu, com certificação formal e credenciamento em conselhos ou sociedades profissionais que os representassem⁽⁶⁾.

Nos Estados Unidos, a Universidade de Ohio iniciou o treinamento em perfusão cardíaca em 1969. Isso foi seguido pela criação de várias organizações para facilitar o processo de acreditação, como a *The American Society of ExtraCorporeal Technology* (AmSECT) e a *American Board of Cardiovascular Perfusion* (ABCP). Na Europa, o Conselho Europeu de Perfusão Cardiovascular (EBCP) foi fundado em 1991 por perfusionistas cardiovasculares, os quais deram continuidade a formação de novos profissionais⁽⁶⁾.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea e Órgãos Internos Artificiais (SBCECOIA) foi fundada no dia 02 de julho de 1979, e sua história se mistura com a da perfusão brasileira. Nos anos iniciais era coordenada por cirurgiões e tinha o objetivo de congrega todos os interessados em circulação extracorpórea, hemodiálise e órgãos artificiais. Em 1986 ocorreu a simplificação do nome para Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea (SBCEC), nome esse que persiste até hoje, visto que apenas os técnicos em perfusão participavam ativamente da sociedade.

A primeira iniciativa de organizar um curso de formação de perfusionistas ocorreu ao final dos anos 1990, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, seguindo o modelo do curso de uma universidade americana. Iniciava-se a fase de transição dos técnicos de perfusão para os perfusionistas que seriam os profissionais com formação básica em fisiologia, patologia e outras ciências e com aptidão e bom desempenho da prática mecânica da circulação extracorpórea⁽¹⁰⁾.

Somente no ano de 1996 foi criado o estatuto da fundação da SBCEC. A Sociedade evoluiu até o ponto de recomendar que o treinamento em circulação extracorpórea fosse ofere-

cido apenas a indivíduos portadores de diploma universitário em uma das carreiras das ciências biológicas e da saúde.

Com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento e a qualidade do treinamento dos perfusionistas, à semelhança dos “boards” norteamericanos, foi instituído o Título de Especialista em Perfusão conferido pela SBCEC aos profissionais que atestassem a realização de 100 perfusões e fossem aprovados em uma prova escrita. Os perfusionistas com mais de 10 anos de experiência receberam o Título de Especialista por reconhecido mérito, sem necessidade do exame. Aos demais, a posse do Título dependia de aprovação no citado exame. A partir do segundo exame, aos pré-requisitos assinalados, acrescentou-se a posse do certificado de conclusão de curso universitário, nas áreas das ciências biológicas e da saúde. O Título de Especialista constitui a forma oficial de reconhecer que o profissional possui formação acadêmico-científica adequada e está apto a exercer a perfusão com ética, responsabilidade e competência, comprovando a qualidade e a relevância do currículo do profissional titulado⁽¹¹⁾.

Em relação ao número de perfusionistas atuantes no país, os conselhos profissionais possuem registros pouco expressivos da especialidade nos seus cadastros, e não divulgaram estes dados. Atualmente, a perfusão consiste em uma habilitação profissional, a qual é reconhecida pelos conselhos federais de biomedicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia, biologia e medicina, sendo fiscalizada por seus respectivos conselhos e amparada pela SBCEC com objetivo de manter assistência qualificada no desempenho desta função⁽⁸⁾.

O perfusionista é um profissional que possui registro pela Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego, sob nº: 2235-70 – perfusionista. Conforme a SBCEC, a perfusão somente pode ser exercida por profissionais com nível superior em Biomedicina, Biologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Medicina com curso de pós-graduação *Lato Sensu* especialmente designado para este fim, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e/ou, com curso de extensão através de Centros Formadores reconhecidos pela SBCEC e pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV) e, neste caso, obrigatoriamente, com aquisição do Título de Especialista emitido pela SBCEC.

A inserção de novas tecnologias como os circuitos revestidos, minicircuitos de CEC e técnicas para minimizar a resposta inflamatória, têm-se mostrado promissoras. Um fator importante a destacar é qualidade dos materiais/tecnologias nacionais, conhecidamente abaixo da tecnologia utilizada no restante da América Latina, América do Norte e Europa. Assim, é imprescindível tratar cada paciente de forma individualizada, levando em considerações suas comorbidades e todos aqueles fatores que possam interferir no estabelecimento de

uma CEC adequada⁽⁹⁾.

Vários fatores levam à diminuição da mortalidade, entre eles, o aperfeiçoamento dos profissionais, o desenvolvimento de novas drogas e a melhoria da qualidade de vida da população. A cirurgia cardíaca com CEC é considerada como um procedimento de alta complexidade e dessa forma deve ser tratada.

Para que os profissionais possam atuar de maneira segura, é necessário ter domínio teórico e treinamento exaustivo em instituições que sejam referências no ensino⁽³⁾. Com o surgimento de novas tecnologias, exige-se do enfermeiro perfusionista uma constante atualização profissional. A atuação deste profissional está indo além da condução da CEC na cirurgia cardíaca convencional, com a montagem e condução de dispositivos de assistência cardiorrespiratória (como a ECMO, balão intraaórtico, dispositivos de assistência ventricular e corações artificiais), perfusão para procedimentos de quimioterapia hipertérmica extracorpórea (HIPEC) e de membros isolados, manuseio de equipamentos de recuperação autóloga de sangue, perfusão isolada de órgãos (como o EX-VIVO Lung Perfusion e Organ Assist®) e atividades de pesquisa, consultoria e docência na área⁽²⁾.

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível ser estabelecido requisitos mínimos para a formação de novos profissionais a fim de impedir a banalização da profissão e garantir profissionais qualificados para o desempenho de vital função. Em 2017 a SBCEC, juntamente com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV), publicou um documento intitulado “Normas Brasileiras para o Exercício da Especialidade de Perfusionista em Circulação Extracorpórea”⁽²⁾, com o intuito de dispor sobre a regulamentação do exercício da Circulação Extracorpórea em território Nacional. Já em 2019, houve a publicação do primeiro “Standard e Guideline” para a prática da perfusão no Brasil⁽¹²⁾.

De acordo com as Normas Brasileiras, a perfusão somente pode ser exercida por profissionais com formação de nível superior em Biomedicina, Biologia, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia com curso de pós-graduação *Lato Sensu* especialmente designado para este fim, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e/ou com curso de extensão através de Centros Formadores reconhecidos pela SBCEC/SBCCV, todos com carga horária mínima de 1200 horas, e, neste caso, obrigatoriamente com a aquisição do Título de Especialista pela SBCEC.

O perfusionista desempenha uma função fundamental na segurança dos procedimentos de CEC, seja por sua ação direta ou por ação dos equipamentos e materiais. Sua participação não deve ser subestimada. A falha humana, falta de manutenção preventiva, uso inadequado dos dispositivos de segurança, falha na montagem e revisão dos equipamentos

são considerados fatores desencadeantes de acidentes⁽⁸⁾.

Corroborando com autores⁽¹²⁾, destaca-se a necessidade do perfusionista possuir uma boa formação a fim de adquirir embasamento técnico-científico suficiente para ter autoridade ao realizar o seu trabalho. Nesse contexto, é preciso criar alternativas para minimizar e/ou extinguir as lacunas educacionais que limitam a prática da perfusão no país.

O profissional deve expandir os seus conhecimentos através da atualização científica a fim de modificar antigas aprendizagens e aperfeiçoar novas técnicas direcionadas à prática diária⁽¹³⁾. A busca por pós graduação está diretamente vinculada à perspectiva de inserção no mercado de trabalho em funções de maior complexidade e destreza cognitiva⁽¹⁴⁾. No caso da da circulação extracorpórea torna-se imprescindível que a pós graduação contemple teoria e prática como recomendado pela SBCEC.

Cabe salientar que ainda há limitações no exercício da enfermagem, incluindo profissionais em situação irregular e/ou não habilitados para exercer funções específicas⁽¹⁵⁾. Nesse interim, acredita-se que a formação profissional e a constante atualização possam contribuir para a garantia da qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro perfusionista.

Limitações do estudo

Atualmente os conselhos profissionais que reconhecem a especialidade de perfusão extracorpórea e a sociedade representativa da classe não dispõe da relação dos perfusionistas

de acordo com sua respectiva graduação e pós-graduação. A amostra do estudo foi obtida através de busca ativa em grupo nacional de mensagem instantânea para compartilhamento de assuntos profissionais.

Contribuições para a prática

O estudo confere visibilidade à tecnologia extracorpórea como um campo de atuação para os enfermeiros, exigindo alta qualificação para desempenhar tal função. O enfermeiro perfusionista possui uma grande responsabilidade, seja durante a CEC empregada na cirurgia cardíaca, na realização de outras atividades no campo da assistência circulatória mecânica ou no tratamento oncológico avançado através do uso de quimioterapia hipertérmica no transoperatório de cirurgias abdominais.

CONCLUSÃO

O perfil profissional dos enfermeiros perfusionistas está em franca evolução em termos de qualificação e, nesse enfoque, torna-se necessário o conhecimento da especialidade para o delineamento de novas ações e inserção profissional em diferentes cenários da tecnologia extracorpórea. Para que os enfermeiros possam atuar de maneira segura, é imprescindível uma formação adequada nesta especialidade. Nesse sentido, torna-se necessário conhecer o atual cenário deste profissional para que se possa traçar os passos futuros em prol da melhoria da formação nessa área.

REFERÊNCIAS

- Souza MHL, Elias DO. Fundamentos da Circulação Extracorpórea. 2ed. Rio de Janeiro: Centro Editorial Alfa Rio, 2006.
- Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea (SBCEC) and Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV). Normas Brasileiras para o exercício da especialidade de Perfusionista em Circulação Extracorpórea. 1st ed. Campinas, 2017.
- Braile DM, Gomes WJ. Evolution of cardiovascular surgery: the Brazilian saga. A history of work, pioneering experience and success. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94: 141-142, 151-152, 143-144.
- Adachi H, Momose N. Extracorporeal circulation and cardiopulmonary bypass. *Kyobu Geka* 2009;62(8):666-671.
- Barbosa NF, Cardinelli DM, Ercole FF. Determinantes de Complicações Neurológicas no Uso da Circulação Extracorpórea (CEC). *Arq Bras Cardiol* 2010; 95: 151-157.
- Turnage C, DeLaney E, Kulat B. A 2015-2016 survey of American Board of Cardiovascular Perfusion certified clinical perfusionists: perfusion profile and clinical trends. *J Extra Corpor Technol* 2017; 49: 137-149.
- Nicoletti AM, Zamberian C, Miranda RCK, Marques C, Moraes CB. Current status of perfusionists in Brazil: a 2018 survey. *Perfusion*, Londres 2019;34(5): 408-412.
- Almeida CE, Carraretto AR, Curi EF. Malfunction of the extracorporeal circulation system: case report. *Rev Bras Anestesiol* 2011; 61: 777-785.
- Mota AL, Rodrigues, AJ, Evora, PR. Adult cardiopulmonary bypass in the twentieth century: science, art or empiricism? *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2008; 23: 78-92.
- Souza MHL. A formação do Perfusionista no terceiro milênio (Circulando—Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea). 2007, pp. 6-10.
- Antunes N, Souza MHL. Pequena história de Circulação Extracorpórea no Brasil. 2016.
- Caneo LF, Matte G, Groom R, Neirotti RA, Pêgo-Fernandes PM, Mejia JAC et al. The Brazilian Society for Cardiovascular Surgery (SBCCV) and Brazilian Society for Extracorporeal Circulation (SBCEC) Standards and Guidelines for Perfusion Practice. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2019; 34(2): 260.
- Frota MA, Rolim KMC. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm Foco* 2016; 7 (ESP): 15-34.
- Machado MA, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm Foco* 2016; 7 (ESP): 09-1.
- Silveira LR, Ramos FRS, Schneider DG, Razquin MIS, Brehmer LCF. Processo de deliberação moral dos enfermeiros de competência gerencial e fiscalizatória dos conselhos de enfermagem. *Enferm Foco* 2019;10(3): 22-27.

PERCEÇÃO ACERCA DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO EM CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônio Ademar Moreira Fontenele Júnior¹

Raissa Mont'Alverne Barreto²

Marcos Aguiar Ribeiro³

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque^{2,3}

Maria do Socorro Melo Carneiro²

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha³

<https://orcid.org/0000-0003-2925-6475>

<https://orcid.org/0000-0001-7530-076X>

<https://orcid.org/0000-0001-7299-8007>

<https://orcid.org/0000-0003-0856-5607>

<https://orcid.org/0000-0003-3932-7871>

<https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>

Objetivo: O objetivo do estudo foi analisar a percepção de gerentes acerca do processo de gerenciamento dos Centros de Saúde da Família da zona urbana do município de Sobral, Ceará. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva, de abordagem qualitativa. Para coleta de dados utilizou-se entrevista semiestruturada com os gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral-Ce da zona urbana, no período de maio a agosto de 2019. Para tratamento dos dados empregou-se a análise de conteúdo proposto por Bardin e, como suporte neste processo, foi utilizado o software NVivo 11. **Resultados:** Os achados evidenciaram que o processo de gerenciamento é caracterizado pela falta de experiência, busca contínua de conhecimento para atuação no cargo e os maiores desafios enfrentados foram a burocratização do trabalho, a gestão de pessoas e falta de autonomia. **Considerações finais:** O estudo reflete a necessidade de mudança das práticas na Estratégia Saúde da Família, no sentido de fortalecer a gestão compartilhada, efetivando práticas democráticas, coletivas e participativas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Liderança; Estratégia de Saúde da Família.

PERCEPTION ABOUT THE MANAGEMENT PROCESS IN FAMILY HEALTH CENTERS

Objective: The objective of this study was to analyze the perception of managers about the process of managing Family Health Centers in the urban area of Sobral, Ceará. **Method:** It is a descriptive exploratory research, with a qualitative approach. For data collection, semi-structured interviews were used with the managers of Family Health Centers in Sobral-Ce, in the urban area, from May to August 2019. For data analysis, the content analysis proposed by Bardin and NVivo 11 software were used to support this process. **Results:** Findings showed that the process of management is characterized by lack of experience, continuous search for knowledge to act in the position and the biggest challenges faced were bureaucratization of work, management people and lack of autonomy. **Final considerations:** The study reflects to the need of changing practices in the Family Health Strategy, in order to strengthen shared management, implementing democratic, collective and participatory practices.

Descriptors: Primary Health Care; Health Services Administration; Leadership; Family Health Strategy.

PERCEPCIÓN SOBRE EL PROCESO DE GESTIÓN EN CENTROS DE SALUD FAMILIAR

Objetivo: El objetivo del estudio fue analizar la percepción de los gerentes sobre el proceso de gestión de los Centros de Salud Familiar en el área urbana de Sobral, Ceará. **Método:** Esta es una investigación exploratoria descriptiva, con un enfoque cualitativo. Para la recopilación de datos, se utilizaron entrevistas semiestructuradas con los gerentes de los Centros de Salud Familiar Sobral-Ce en el área urbana de mayo a agosto de 2019. Para el tratamiento de datos, el análisis de contenido propuesto por Bardin y, El software NVivo 11 se utilizó para apoyar este proceso. **Resultados:** Los resultados mostraron que el proceso de gestión se caracteriza por la falta de experiencia, la búsqueda continua de conocimiento para actuar en el puesto y los mayores desafíos que enfrentaron fueron la burocratización del trabajo, la gestión personas y falta de autonomía. **Consideraciones finales:** El estudio refleja la necesidad de cambiar las prácticas en la Estrategia de Salud de la Familia, a fin de fortalecer la gestión compartida, la implementación de prácticas democráticas, colectivas y participativas.

Descritores: Atención primaria de salud; Administración de Servicios de Salud; Liderazgo; Estrategia de salud familiar.

¹Universidade da Integração da Lusofonia Afro-brasileira - UNILAB

²Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

³Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Autor correspondente: Antônio Ademar Moreira Fontenele Júnior. - E-mail: demas.jr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sobre gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social. Sob o preceito constitucional “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, defendeu-se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços⁽¹⁾.

Desde a implantação do SUS, vários modelos assistenciais foram instituídos. No entanto, a principal reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil ocorreu a partir de 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF) – entendida hoje como Estratégia – que ampliou a visão do processo saúde/doença e a necessidade de intervenções mais complexas e resolutivas compreendendo não somente a doença, mas o ser como um todo, em relação à sua complexidade e os seus aspectos, quer seja no ambiente físico da comunidade ou em suas relações sociais⁽²⁾.

Dessa forma, considerando a complexidade e importância da Atenção Primária à Saúde (APS), a gerência dos Centros de Saúde da Família (CSF) é vista como um espaço no qual os problemas podem ser identificados, atendidos, resolvidos ou encaminhados para outros níveis de atenção, com o intuito de manter um fluxo organizacional adequado. Todavia, se há características gerenciais de baixa capacidade, o acesso aos serviços de saúde se torna limitado, a gestão se torna refém dos princípios administrativos tradicionais ou defasados, dificulta a sistematização de dados e o planejamento de ações se torna ineficaz, ocasionando a insatisfação dos usuários, conflitos entre os trabalhadores e ambiente de trabalho improdutivo⁽³⁾.

Assim, diante da relevância das práticas gerenciais para a consolidação do SUS, é imprescindível que pesquisas científicas sejam desenvolvidas para explorar e aprimorar a temática em questão, de modo a qualificar os processos de trabalho em gestão e em consequência, a assistência à saúde. Dito isso, o objetivo do estudo foi analisar a percepção de gerentes acerca do processo de gerenciamento dos Centros de Saúde da Família da zona urbana do município de Sobral, Ceará.

MÉTODO

Tipo de Estudo

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

Local de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Sobral, localizada na região Norte do estado do Ceará, mais especificamente nos Centros de Saúde da Família.

A Atenção Primária à Saúde em Sobral tem sido reconhecida regionalmente por ser referência em organização e desde sua implantação vem obtendo grandes avanços nesta área, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como referência de orientação a nível primário⁽⁴⁾.

Participantes da Pesquisa

Participaram do estudo 15 gerentes dos 22 CSF pertencentes à zona urbana. Foi considerado como critério de inclusão dos participantes para a pesquisa o tempo de atuação igual ou superior a seis meses no cargo de gerência, contemplando assim a permanência destes nos referidos serviços durante o processo das ações ofertadas, bem como a familiarização com o processo de gestão. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estiveram de licença médica ou outro tipo de ausência durante o período da coleta de dados.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e agosto de 2019 e utilizou-se uma entrevista semiestruturada contendo perguntas relacionadas a experiências na área, preparação para o cargo, desafios da gestão e comunicação com a rede de atenção à saúde.

Deste modo, as entrevistas foram previamente agendadas, em data e horário escolhidos pelos participantes, assim como o local de realização. As falas foram gravadas para posterior transcrição e minuciosa análise. Foi utilizado também um diário de campo com anotações de acontecimentos pertinentes desde o planejamento até a execução das entrevistas.

Vale salientar ainda que após a constatação de que os dados coletados foram suficientes para atender ao método e ao objetivo proposto, a coleta de dados foi encerrada, tendo por base o princípio da saturação teórica.

Para garantia do anonimato dos participantes e a sistematização dos discursos analisados, utilizou-se a letra “G” para identificar os gerentes, seguida de números sequenciais de 1 a 15, conforme ordem das entrevistas.

Procedimentos de Análise de Dados Qualitativos

Para tratamento dos dados empregou-se a análise de conteúdo proposto por Bardin⁽⁵⁾ e, como suporte neste processo, foi utilizado o software NVivo 11. Assim, o processo de análise foi organizado em três fases, a saber: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Procedimentos Éticos

A pesquisa apresentou parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral e do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) de acordo com a Resolução 466/2012 sob o número do Parecer 3.027.002.

RESULTADOS

Caracterização dos Participantes

Dos 15 gerentes entrevistados, observou-se que 11 (73,3%) correspondem ao sexo feminino e apenas 04 (26,7%) ao sexo masculino. Quanto à faixa etária, verificou-se que predominou a idade entre 30 e 39 anos, representado por nove profissionais (60%). Quanto à formação, houve um predomínio de enfermeiros, sendo 13 (87%) profissionais desta categoria, e dois educadores físicos (13%).

Quanto ao quadro de títulos, dois gerentes (14%) possuem Mestrado em Saúde da Família, oito (53%) possuem especialização, sendo cinco em Saúde da Família e três em Gestão de Saúde e Auditoria, e cinco profissionais entrevistados (33%) possuem apenas o Ensino Superior. O tempo de atuação variou entre 10 meses e 13 anos na gerência da ESF.

Percurso para Análise das Entrevistas

Com os resultados obtidos com a análise de Bardin⁵ feita separadamente para cada personagem entrevistado, foi construído um quadro com objetivo de associar as subcategorias que emergiram das falas dos gerentes participantes da pesquisa. Foram construídas categorias principais com o suporte do software Nvivo 11 e, a partir da análise, foram surgindo subcategorias. Ao final, resultaram três categorias e nove subcategorias, como mostra o quadro 01.

Experiência e Qualificação profissional

Foram identificadas, por meio da subcategoria “Possuir experiência e qualificação”, vivências anteriores dos gerentes em cargos de gestão, bem como formação complementar para aquisição de conhecimentos necessários para a atuação profissional na área.

“Fui por 5 anos coordenadora do serviço de enfermagem de um Hospital de Pequeno Porte em um Município menor.” (G5)

“Coordenação de saúde mental, interventora de um hospital de internação psiquiátrica, práticas integrativas complementares, e macroárea da APS.” (G10)

Outro ponto a ser discutido é a qualidade da formação dos gerentes evidenciada nas falas abaixo.

“... fiz um curso, mas não me considero preparada.” (G1)

“... os cursos abordam de forma muito superficial o papel do gerente na unidade básica de saúde, considerando assim insuficiente para preparar adequadamente.” (G8)

Falta de Experiência e Qualificação

Outra subcategoria codificada foi a “Falta de experiência e qualificação” destes gerentes em que, por meio das falas, foi possível identificar que alguns profissionais não possuem vivências como gestor ou qualificação para assumir tal cargo.

QUADRO 1: Distribuição da classe temática, categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências, Unidade de Registro (UR) = 100.

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	UR	SUBCATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	UR
PROCESSO DE TRABALHO DOS GERENTES PARA GERENCIAMENTO DOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UR 100)	1. EXPERIÊNCIA E QUALIFICAÇÃO PARA ATUAÇÃO NA GERÊNCIA	56	1.1 EXPERIÊNCIA E QUALIFICAÇÃO	29
			1.2 FALTA DE EXPERIÊNCIA E QUALIFICAÇÃO	15
			1.3 BUSCA CONTÍNUA POR QUALIFICAÇÃO	12
	2. DESAFIOS ENFRENTADOS NO GERENCIAMENTOS DOS CSF	20	2.1 GESTÃO DE PESSOAS	12
			2.2 PROCESSOS DE TRABALHO BUROCRÁTICOS	05
			2.3 FALTA DE AUTONOMIA	03
	3. COMUNICAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	24	3.1 COMUNICAÇÃO EFETIVA COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	18
			3.2 SEGREGAÇÃO ENTRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	06

"Quando assumi o cargo pela primeira vez em 2006 não tinha nenhuma experiência como gerente de unidade básica." (G1)

*"... a gerência foi o meu primeiro emprego."
(G4)*

Busca Contínua por Qualificação

Complementando as subcategorias citadas acima, a busca contínua por qualificação esteve presente na fala dos gerentes, visto que os adjetivos que o cargo exige, muitos profissionais necessitam adquirir para exercer a função.

"... estar na gerência em um centro de saúde na atenção primária requer muita preparação, me sinto preparado, porém percebo que tenho que estudar sempre, ler mais, atualizar meus conhecimentos na área, porque diariamente surgem situações que requerem tomadas de decisão." (G2)

O cargo de gerente exige uma pluralidade de características que vão desde a tomada de decisões à criatividade para adaptação ou resolução de determinada situação. Diante desse contexto, o gestor se vê na necessidade de se atualizar constantemente, principalmente pelas mudanças nas formas de gerenciamento. Para além disso, a busca por qualificação é o diferencial do profissional que busca fazer a mudança, o certo, a **inovação** na sua forma de trabalhar.

Gestão de Pessoas

Na categoria "Desafios Enfrentados no Gerenciamento dos CSF", a subcategoria "Gestão de Pessoas" foi a que teve maior destaque. Trabalhar com pessoas, principalmente no gerenciamento, traz algumas questões individuais que torna esse fazer complexo. É necessário entender as potencialidades de cada colaborador, entender suas singularidades, saber lidar com os conflitos da equipe e buscar que cada um possa exercer a sua melhor forma de trabalho.

"Meu principal desafio é a gestão de pessoas." (G7)

"O maior desafio como gerente é o gerenciamento de pessoas (recursos humanos)." (G8)

"... mediar os conflitos da equipe." (G9)

Processos de Trabalho Burocráticos

Inserida nos desafios gerenciais, a subcategoria "Processos de Trabalho Burocráticos" pode ser considerada

um entrave para que o gerente consiga exercer seu trabalho de forma efetiva e com qualidade. As grandes demandas de trabalho burocrático sobrecarregam os profissionais da gestão e os impedem de realizar outras ações gerenciais.

"... gestão dos processos burocráticos que são muitos." (G2)

"Os processos de trabalho cada vez mais burocráticos, fazemos muito retrabalho devido inúmeras planilhas." (G11)

"... respostas às demandas da coordenação de atenção primária, muita papelada." (G15)

Falta de Autonomia

Outro desafio importante evidenciado nesta pesquisa para o gerenciamento dos CSF está relacionado à falta de autonomia em que, por meio das falas dos gerentes, é possível observar que no processo de gestão os mesmos não têm liberdade suficiente para exercer sua autonomia, o que dificulta a resolução de algumas ações.

"... fragilidade no processo de autonomia." (G12)

"... falta de autonomia, mesmo sendo nós da ponta, da atenção primária, os ordenadores e coordenadores dos cuidados." (G14)

"... falta de autonomia sobre alguns processos." (G15)

Comunicação Efetiva com a Rede de Atenção à Saúde

A Rede de Atenção à Saúde é uma ferramenta auxiliadora no processo de cuidado da Atenção Primária à Saúde, dispondo de cuidados mais complexos e atendendo o pilar de integralidade de acordo com as necessidades do sujeito. Através dos discursos dos gerentes é possível identificar as potencialidades de se trabalhar em conjunto.

"... me relaciono de forma profissional, acessível com proatividade procurando sempre dar feedback sobre as necessidades dos pacientes e atendendo as solicitações necessárias para que o CSF seja sempre o ordenador da rede." (G6)

"Enquanto gerente de unidade básica de saúde, considerando que a integralidade seja um dos principais princípios do SUS, busco sempre

estabelecer uma relação efetiva com todos os níveis de atenção à saúde. ” (G8)

“... a responsabilidade de estar na atenção primária que é a coordenadora e ordenadora do cuidado, traz uma perspectiva de um olhar ampliado e a necessidade de conhecimento, acesso e alinhamento com os componentes da rede de atenção. ” (G11)

Segregação entre a Rede de Atenção à Saúde

A Rede de Atenção à Saúde deve ser comunicativa e trabalhar em conjunto. A APS deve estar no centro e referenciar os usuários para outros serviços de acordo com as necessidades, porém nessa subcategoria é possível identificar alguns desafios enfrentados neste processo.

“... muitos setores da rede ainda não compreendem bem o trabalho em rede ou ainda não aceitar a APS como ordenadora. ” (G3)

“... tentamos ter uma proximidade com setores. O que não acontece em sua totalidade, uns mais acessíveis outros menos. ” (G5)

“... as contrarreferências dos pacientes que ainda são o entrave para APS na coordenação do cuidado. ” (G9)

DISCUSSÃO

A forte presença do enfermeiro nos cargos de gerência dos centros de saúde da APS está relacionada às suas habilidades de integrar cuidados numa perspectiva interdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, o que garante a resolutividade da APS e facilita a promoção do acesso à saúde de forma eficiente e eficaz⁶.

Um estudo de revisão sobre as dimensões gerenciais na graduação em enfermagem aponta em seus resultados pesquisas que reforçam o achado referente ao quantitativo de enfermeiros como gerente de CSF, constituindo-se como um agente articulador das ações desenvolvidas pela equipe e organizador do cuidado. Assim, como uma de suas prerrogativas profissionais, o gerenciamento da equipe e dos serviços de Enfermagem têm aproximado o enfermeiro do papel de gerenciar unidades de saúde⁷.

Por outro lado, considera-se importante ressaltar a falta de preparo e experiência de muitos profissionais para exercer o cargo de gerente. Uma pesquisa aponta que os enfermeiros, em seus espaços de trabalho, sentem a necessidade de constante Educação Permanente por, muitas vezes, encon-

trarem dificuldades e limitações nas atividades cotidianas e por necessitarem de atualizações periódicas para uma prática efetiva e com maior resolubilidade. Diante desse desafio, a Educação Permanente pode ser considerada a proposta mais apropriada para trabalhar a construção do novo modo de operar o sistema de saúde brasileiro, uma vez que permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas e promover a qualificação dos profissionais para os processos gerenciais⁸.

Há, portanto, uma necessidade constante de mudança a partir das reflexões emanadas do cotidiano do próprio serviço e de que o ensino esteja entrelaçado à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços, a partir de espaços e temas capazes de gerar autoanálise, autogestão e mudança institucional e de práticas profissionais que gerem processos de pensamentos e transformação de prática⁹.

A partir dos resultados deste estudo, percebe-se o grande desafio dos gerentes em relação à gestão de pessoas. Dessa forma, é preciso a integração entre os colaboradores para permuta de saberes e ajuda nos afazeres do cotidiano. É necessária a promoção de uma comunicação efetiva entre os membros para um bom desenvolvimento dos processos de trabalho, pautado em ações pedagógicas e dialógicas¹⁰. Para isso, um estudo sugere que a gestão desses processos deve ser compartilhada, uma cogestão, propiciando a construção dos projetos de forma participativa para que os membros da equipe de saúde se tornem corresponsáveis pelas atividades exercidas na ESF¹¹.

Na APS, o gestor desenvolve atividades administrativas, como a consolidação da produção mensal de sua equipe, preenchimento de relatórios e planilhas, manutenção mensal da solicitação de materiais e insumos básicos, entre outros. Apesar de serem atividades reconhecidas como importantes para o funcionamento da Unidade, esses processos deveriam ser otimizados, de forma a diminuir alguns processos burocráticos e facilitar o trabalho dos gerentes dos CSF para, conseqüentemente, evitar a insatisfação e sobrecarga destes profissionais¹².

Estudiosos afirmam que a utilização da burocracia deveria ser subsídio para garantir a organização das práticas profissionais no sentido de estabelecer adequações e normas dos serviços para garantir efetividade no alcance de bons processos de trabalho. Todavia, esses autores concluíram que o gerenciamento tem se tornado burocrático, de forma a mecanizar o trabalho e perder a essência do verdadeiro sentido do gerenciamento em saúde e da cogestão¹³.

Dessa forma, o processo de descentralização oferta aos gestores autonomia e flexibilidade em suas ações, de forma a favorecer seu trabalho no tocante à tomada de decisões. Po-

rém, autores ressaltam que, muitas vezes, a nível local, principalmente nos municípios, os gestores se tornam dependentes de regulamentações que os limitam em grande parte essa autonomia⁽¹⁴⁾.

Em um estudo sobre o papel do gestor de serviços de saúde, foi evidenciado que a falta de autonomia é um desafio enfrentado pelos gestores em saúde, o que corrobora com os achados desta pesquisa. O autor acrescenta que a falta de autonomia limita o trabalho do gerente na administração dos CSF, visto que sua resolubilidade nos processos não será totalmente efetiva e dependerá de decisões de terceiros que, em muitos casos, não estão inseridos no mesmo contexto e cenários vivenciados pelos gerentes⁽¹⁵⁾.

Pensando na APS como ordenadora do cuidado, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) surge como proposta que deve dispor de serviços organizados em diferentes níveis de densidade tecnológica, na qual dispõe de ações e serviços, de forma a possibilitar a satisfação das necessidades do usuário no cuidado com a sua saúde, além de criar uma ponte entre a APS e atenção especializada para favorecer um cuidado integral e equânime⁽¹⁶⁾.

Importante ressaltar que para a consolidação da RAS, a APS tem como função ser a ordenadora e coordenadora do cuidado, utilizando métodos de acessibilidade, integralidade e universalidade como o acolhimento, implantação de diretrizes da clínica, vinculação e identificação de risco⁽¹⁷⁾.

Existe o conceito de Redes Vivas, na qual a produção de cuidado é através de conexões existentes entre indivíduo e comunidade, considerando as diferenças culturais, crenças, religiosidade de cada ser, influenciando diretamente no modo de produzir saúde⁽¹⁸⁾.

Outro autor contribui com o conceito de rizoma, na qual os componentes da Rede de Atenção estão interligados por raízes e o trabalho só é produtivo se for trabalhado em conjunto. A articulação da rede com elementos heterogêneos com saberes, inteligência e interesses é que a torna viva⁽¹⁹⁾.

Porém, como observado nos resultados deste estudo, ainda existem dificuldades relacionadas à fragmentação e efetivação das RAS, as quais podem ser apontadas como os principais entraves do processo gerencial nas Unidades Básicas de Saúde. Assim, há a necessidade de que investimentos sejam realizados na ESF, de forma a ampliar a capacidade de intervir ativamente nos processos regulatórios e consolidando gradualmente sua legitimidade perante os usuários como efetivo centro de comunicação com os demais serviços⁽²⁰⁾.

Outro fator que impede a efetivação da RAS é um sistema público que se depara com problemáticas estruturais e conjunturais que afeta negativamente a produção de cuidado da população, como o pouco investimento, políticas ineficien-

tes para contratação de profissionais, entre outros, os quais geram feedback negativo, e impede ainda mais a inserção de novos processos de trabalho que dependem da motivação e comprometimento dos profissionais envolvidos⁽²¹⁾.

Corroborando com tal situação, um estudo encontrou algumas questões problematizadoras sobre aspectos importantes das redes de cuidado, em que enfatiza questões relativas à má comunicação entre os níveis de atenção, o uso de muitos protocolos, os modos não saudáveis de como os diversos profissionais atuam ao se relacionarem com colaboradores de outros serviços e com os usuários, bem como conflitos existentes no cotidiano dos serviços⁽¹⁹⁾.

Diante disso, as assertivas chamam atenção para a necessidade do fomento de estratégias capazes de conduzir a formação de profissionais envolvidos no sistema público de saúde para uma prática adequada no contexto das RAS. Torna-se importante então, adotar um sistema que produza um compartilhamento simultâneo de responsabilidades com ações sistematizadas e definição de papéis dentro da rede de atenção⁽²²⁾.

Limitações do estudo

A limitação dessa pesquisa foi a dificuldade na coleta de dados, devido os participantes exercerem diversas atividades e possuírem tempo limitado para as entrevistas. Outro fator limitante foi a coleta de dados ser realizada apenas na Zona Urbana.

Contribuições do estudo para a prática

Os resultados mostram a complexidade e dificuldades de exercer a função de gerência na Estratégia Saúde da Família, realidade que se repete com outras regiões do país, o que instiga a criação de medidas possíveis para facilitar exercer tal cargo e garantir que as políticas públicas sejam garantidas e todo território tenha acesso a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciaram a necessidade de mudança das práticas na ESF, no sentido de fortalecer a gestão compartilhada para que todos os trabalhadores envolvidos possam participar, aprender, decidir e ter maior compromisso com todo o processo de trabalho na APS.

Vale salientar que, para que isso aconteça de fato, cabe aos profissionais envolvidos, principalmente aqueles que exercem função de gerente ou coordenador, estimularem todos os membros das equipes para transformação do agir em saúde, no sentido de que sejam efetivadas práticas democráticas, coletivas e participativas.

Além disso, em virtude da complexidade do trabalho gerencial na ESF, a Educação Permanente em Saúde apre-

senta-se como uma estratégia inovadora para promover a qualificação dos profissionais de saúde de forma a suprir as deficiências dos processos gerenciais na APS.

Por fim, considera-se importante a realização de pesquisas constantes sobre os processos gerenciais na ESF por ser considerada uma prática dinâmica e complexa para explorar os avanços alcançados e lacunas encontradas neste estudo.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

Antônio Ademar Moreira Fontenele Júnior: Trabalhou no

desenho do estudo, redação, análise e interpretação de dados. Raissa Mont'Alverne Barreto: Trabalhou na redação, análise e interpretação dos dados. Marcos Aguiar Ribeiro: Trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque: Trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada. Maria do Socorro Melo Carneiro: Trabalhou no desenho do estudo. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha: Trabalhou na revisão e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Araújo AC, Freitas FRNN, Araújo RV, Batista MMSL. Qualidade dos serviços na estratégia saúde da família sob interferência do PMAQ – AB: análise reflexiva. Rev enferm UFPE on line, 2017 [citado em 5 de dezembro de 2019]; 11 (2): [about 5 p.]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11990/14554>
2. Uchoa AC da, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, Silva RAR, Rocha NSP. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. Physis [Internet]. 2011 [citado em 5 de dezembro de 2019]; 21 (3): [about 16 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300016
3. Fernandes JC, Cordeiro BC. O gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. Rev Enferm UFPE on line, 2018 [citado em 8 de dezembro de 2019]; 12 (1): [about 9 p.]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23311/25979>
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília; 2016.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. SP: Edições 70, 2011.
6. Mattos JCO, Balsanelli AP. A Liderança do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. Enferm. Foco, 2019 [citado em 20 de janeiro de 2020]; 10 (4): [about 8 p.]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2618/621>
7. Barreto RMA, Vasconcelos MN, Melo ES, Araújo MAF, Lira RCM, Albuquerque IMN. Dimensões gerenciais na formação acadêmica de enfermagem: uma revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf [internet]. 2018 [citado em 22 de janeiro de 2020]; 20 (1): [about 8 p.]. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Dimens%C3%B5es-gerenciais-na-forma%C3%A7%C3%A3o-acad%C3%A2mica-de-uma-Barreto-Vasconcelos/e70e9ac35c25948b876db59784a5c06830272baf>
8. Santos AR, Coutinho ML. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da estratégia saúde da família. Revista Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2015 [citado em 22 de janeiro de 2020]; 38(3): [about 17 p.]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295081700_Educacao_permanente_em_saude_de_construcoes_de_enfermeiros_da_estrategia_saude_da_familia
9. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde debate [Internet]. 2019 [citado em 22 de janeiro de 2020]; 43(120): [about 17 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223
10. Silva SEM, Moreira MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. Ciênc Saúde Coletiva [Internet], 2015 [citado em 19 de dezembro de 2019]; 20 (10): [about 10 p.].

- Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003033&script=sci_abstract&tlng=pt
11. Lima FS, Amestoso SC, Jacondino MB, Trindade LM, Silva CN, Fuculo Junior PRB. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2016 [citado em 19 de dezembro de 2019]; 8(1): [about 14 p.]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27363>
12. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Insatisfação No Trabalho De Profissionais Da Saúde Na Estratégia Saúde Da Família. *Texto Contexto Enferm*, 2017 [citado em 2 de janeiro de 2020]; 26 (3): [about 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf>
13. Fernandes JC, Cordeiro BC. O gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. *Rev Enferm UFPE on line*, 2018 [citado em 5 de janeiro de 2020]; 12 (1): [about 9 p.]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23311/25979>
14. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e Desafios enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS*, 2015 [citado em 5 de janeiro de 2020]; 4 (1): [about 10 p.]. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157>
15. Paiva RA, Randow R, Diniz LP, Guerra VA. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais*, 2018 [citado em 6 de janeiro de 2020]; 28 (5): [about 4 p.]. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2455>
16. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet], 2017 [citado em 8 de janeiro de 2020]; 22 (4): [about 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=en.
17. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2018 [citado em 8 de janeiro de 2020]; 23 (6): [about 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601791&script=sci_abstract&tlng=pt
18. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saúde Debate*, 2014 [citado em 8 de janeiro de 2020]; 52 (1): [about 12 p.]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nex-tAction=lnk&exprSearch=774076&indexSearch=ID>
19. Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saude soc*. [Internet], 2017 [citado em 10 de janeiro de 2020]; 26 (2): [about 12 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000200435&script=sci_abstract&tlng=pt
20. Bandeira FJS, Campos ACV, Gonçalves LHT. Rede De Atenção: Fragilidades No Processo De Implementação Na Perspectiva De Especialistas Em Gestão Da Atenção Primária. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado em 22 de janeiro de 2020]; 10(2): [about 6 p.]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1988/514>
21. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery*, 2015 [citado em 10 de janeiro de 2020]; 19 (1): [about 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169
22. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*, 2017 [citado em 10 de janeiro de 2020]; 20 (4): [about 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005

ACESSO E ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Ellen Christiane Corrêa Pinho¹ <https://orcid.org/0000-0001-8491-3381>
Thais Amanda Nunes da Cunha¹ <https://orcid.org/0000-0002-7590-0308>
Messias Lemos¹ <https://orcid.org/0000-0002-6267-599X>
Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira¹ <https://orcid.org/0000-0002-8206-4950>
Luciano Garcia Lourenção² <https://orcid.org/0000-0002-1240-4702>
Helder Henrique Costa Pinheiro¹ <https://orcid.org/0000-0001-5567-3550>
Eliã Pinheiro Botelho¹ <https://orcid.org/0000-0002-9682-6530>
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha¹ <https://orcid.org/0000-0002-1891-4201>

Objetivo: Avaliar o acesso e a acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde nas diferentes regiões do Brasil, caracterizando-os segundo os componentes organizacional e de infraestrutura. **Método:** Pesquisa de natureza avaliativa, através de um estudo transversal com abordagem quantitativa, fundamentado nos dados do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Resultados:** A maioria das Unidades Básicas de Saúde (84,4%) possuem horário fixo de funcionamento; as unidades da região Norte revelaram os horários mais variáveis (72,0%); em média, 46,3% das unidades mantêm atividades no horário do almoço, sendo que regiões Centro-Oeste (24,2%) e Sul (29,5%) concentram os menores percentuais de unidades com funcionamento em horário de almoço; 87,1% apresentaram todos os ambientes com sinalização, facilitando acesso dos usuários; poucas unidades possuíam corrimão nos locais não nivelados (19,6%) e piso tátil para acesso às dependências (24,1%); 21,7% apresenta estrutura divergente do estabelecido pelo Ministério da Saúde. Houve disparidades regionais nos achados encontrados em âmbito nacional quanto ao acesso e à acessibilidade. **Conclusão:** Na avaliação geral, o componente organizacional aponta conformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde e, no componente infraestrutura, a acessibilidade indicou percentuais que demandam avanços para melhoria do acesso.

Descritores: Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Unidade Básica de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ACCESS AND ACCESSIBILITY IN PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL

Objectives: Evaluate access and accessibility to Basic Health Units in different regions of Brazil, characterizing them according to organizational and infrastructure components. **Method:** Evaluative Research through a cross-sectional study with a quantitative approach, based on data from the third cycle of the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care. **Results:** Most Basic Health Units (84.4%) have fixed opening hours; units of the North region revealed the most variable hours (72.0%); on average, 46.3% of the units maintain activities at lunchtime, with the Midwest (24.2%) and South (29.5%) regions having lowest percentage of units operating during lunch hours; 87.1% presented all environments with signage, facilitating access of users; few units had handrails in non-level locations (19.6%) and tactile flooring for access to premises (24.1%); 21.7% presents a structure that differs from that established by the Ministry of Health. There were regional disparities in the findings found nationwide regarding access and accessibility. **Conclusion:** In the overall assessment, the organizational component points to compliance with the recommended by the Ministry of Health, and the infrastructure component, accessibility indicated percentages that require advances to improve access.

Descriptors: Accessibility to Health Services; Health Centers; Primary Health Care.

ACCESO Y ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN BRASIL

Objetivos: Evaluar el acceso y la accesibilidad a las Unidades Básicas de Salud en diferentes regiones de Brasil, multiplasándolas de acuerdo con los componentes organizativos y de infraestructura. **Método:** Investigación de carácter evaluativo, a través de un estudio transversal con un enfoque cuantitativo, basado en datos del tercer ciclo del Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad en Atención Primaria. **Resultados:** Más Unidades Básicas de Salud (84,4%) tienen horarios de apertura fijos; las unidades en la región norte revelaron las horas más variables (72,0%); en promedio, 46,3% de las unidades mantienen actividades durante las horas de almuerzo, con las regiones del Medio Oeste (24,2%) y Sur (29,5%) que tienen el porcentaje más bajo de unidades operando durante las horas de almuerzo; 87,1% presentó todos los entornos con señalización, facilitando el acceso de los usuarios; pocas unidades tenían pasamanos en ubicaciones no niveladas (19,6%) y pisos táctiles para acceso a las instalaciones (24,1%); 21,7% presenta una estructura que difiere de la establecida por el Ministerio de Salud. Hubo disparidades regionales en los resultados encontrados en todo el país con respecto al acceso y la accesibilidad. **Conclusión:** En la evaluación general, el componente organizacional apunta al cumplimiento del componente recomendado por el Ministerio de Salud y del componente de infraestructura, la accesibilidad indicó porcentajes que requieren avances para mejorar el acceso.

Descritores: Accesibilidad a los servicios de salud; centros de salud; atención primaria de salud.

¹Universidade Federal do Pará (UFPA)

²Universidade Federal do Rio Grande (EEnf/FURG)

Autor correspondente: Carlos Leonardo Cunha - E-mail: leocunhama@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os avanços na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil são inegáveis, com mais de 43 mil equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuando em todo o país. Todavia, a precariedade da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ainda se apresenta como um importante desafio⁽¹⁾. Análises de programas e serviços de saúde, no contexto da avaliação do acesso e acessibilidade da estrutura das UBS demonstraram que a estrutura pode interferir na organização dos serviços, na qualidade da assistência prestada, além de gerar insatisfação e limitações nos profissionais da saúde e usuários⁽²⁻⁵⁾.

A estrutura faz parte da tríade Donabedian de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, que envolve a “estrutura”, “processo” e “resultados”. Para Donabedian⁽⁶⁾, a estrutura refere-se aos instrumentos, recursos materiais e humanos, e contexto físico e organizacional dos serviços de saúde.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁽⁷⁾ do Sistema Único de Saúde (SUS), é baseado na tríade Donabedian, sendo considerado como a principal estratégia de avaliação da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil e objetiva induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade desta.

Posto isso, pesquisas com pessoas com deficiência que buscam os serviços ofertados pelo SUS elucidam que a garantia da acessibilidade física e a comunicativa, são consideradas referenciais da qualidade dos serviços, e expõem problemas no acesso por conta das limitações físicas⁽⁸⁻¹⁰⁾. Além destes, obstáculos para a marcação de consultas, horários de funcionamento e implantação não equânime das UBS resultam em dificuldade no acesso da população^(9,11-12).

Para este estudo considerou-se acesso como a possibilidade de o usuário entrar no serviço de saúde, na busca pela solução de seus problemas e está relacionado com a localização geográfica da unidade de saúde, os dias em que o atendimento é ofertado, a disponibilidade de horários e a possibilidade de atendimento sem agendamento prévio¹³. Já a acessibilidade consiste no ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, e permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e obtenção desta assistência. Resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica⁽¹⁴⁾.

Ressalta-se também a relevância da análise socioespacial quanto ao acesso e à acessibilidade da população, pois existem desigualdades referentes aos indicadores de estrutura dos serviços primários entre as Unidades Federativas (UF)⁽¹⁵⁾.

Logo, reconhecendo a APS como a porta de entrada aos serviços de saúde do SUS, monitorar e avaliar seu desempe-

nho é fundamental para a mensurar seu alcance e qualidade, de forma a proporcionar subsídios para a tomada de decisões, além de possibilitar a melhor visualização das diferenças socioespaciais quanto ao acesso aos serviços primários de atenção à saúde⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Assim, este estudo objetivou avaliar o acesso e a acessibilidade às UBS nas diferentes regiões do Brasil, caracterizando-os segundo os componentes organizacional e de infraestrutura.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Pesquisa de natureza avaliativa, através de um estudo transversal com abordagem quantitativa, fundamentado nos dados do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde (MS). Especificamente, fez-se um recorte dos dados do Terceiro Ciclo da Avaliação Externa, que ocorreu durante os anos de 2017 e 2018, publicados em junho de 2019.

Local do Estudo

O estudo abrangeu todo o território nacional, utilizando a divisão político-administrativa das cinco regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Embora a distribuição populacional, as condições geográficas, ambientais e socioeconômicas sejam distintas nas diferentes regiões, a estruturação das UBS deve seguir modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, em termos de infraestrutura mínima, estabelecido pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).⁽¹⁴⁾

Participantes do Estudo

Os dados do PMAQ-AB são coletados por um pesquisador, previamente capacitado, que se desloca até uma unidade previamente definida e agendada pela nucleadora da pesquisa a Secretaria Municipal da Saúde. Ao chegar à UBS um sujeito informante chave que atua nesta, passa a responder todas as perguntas do questionário *online*, que ao final, são validadas pelo pesquisador. Neste estudo, não foi pedido aos informantes-chaves que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de dados secundários do Sistema de Informação do Ministério da Saúde. Assim, os componentes a serem estudados, serão as UBS.

A população do estudo foi composta pelas 30.346 UBS distribuídas nos 5.324 municípios (95,6% do total) brasileiros que aderiram ao PMAQ-AB e passaram pelo Terceiro Ciclo da Avaliação Externa.

Para tanto, foram incluídas no estudo as UBS que atenderam o seguinte critério de inclusão: conter informações da avaliação externa nas categorias dos componentes organizacional e de infraestrutura. Foram excluídas as UBS que tinham

horário de funcionamento inferior a quatro horas por dia; apresentaram como resultado “não respondeu ao questionário” ou tinham ausência de resultados nas variáveis.

Coleta dos Dados

Os dados foram coletados no mês de outubro de 2019, por meio do Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)⁽¹⁸⁾, do Ministério da Saúde, no escopo “Ações, Programas e Estratégia” – PMAQ, 3º Ciclo, pasta “Microdados da Avaliação Externa”.

As variáveis utilizadas neste estudo correspondem ao “Módulo I” da Avaliação Externa do PMAQ-AB - Observação na UBS, e condizem com o espaço organizacional e estrutura física, com aspectos referentes ao acesso e à acessibilidade. Perguntas que não se aplicavam ao contexto da unidade foram excluídas.

Após a obtenção dos arquivos com os microdados fornecidos e estruturados em matrizes de dados no software Microsoft Excel®, foi realizada a depuração do banco e foram selecionadas seis variáveis (regiões brasileiras; horário fixo de funcionamento; funcionamento em horário de almoço; componentes de acessibilidade nas dependências; disponibilidade de sanitário com acessibilidade; condições de funcionamento), que foram reorganizadas para possibilitar análises mais apuradas. Posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão.

Procedimentos de análise e tratamento dos dados

Os dados foram, então, categorizados por regiões bra-

sileiras e analisados com o software *IBM SPSS Statistics*, versão 20.0, por meio de estatística descritiva, utilizando-se frequência absoluta e relativa, e apresentados em forma de tabelas e figuras.

Procedimentos Éticos

Por se tratar de dados obtidos de fontes secundárias, de domínio público, é dispensável a submissão deste projeto à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme estabelece o parágrafo único do Artigo 1º, da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Componente Organizacional: Horário de Funcionamento

Conforme observado na Figura 1, a maioria das UBS (84,4%) possuem horário fixo de funcionamento (Imagem A), sendo que as unidades do Nordeste foram as que mais indicaram horário fixo de funcionamento (87,2%), seguido da região Sul (85,9%), Sudeste (83,3%) e Centro-Oeste (83,2%). De forma contrária, as UBS da região Norte revelaram variação nos horários de funcionamento (72%).

Somente 46,3% das UBS mantêm suas atividades no horário do almoço (Imagem B). A região Sudeste indicou o maior número de UBS funcionantes nesse horário (72,7%), seguido pela região Norte (43,2%) e Nordeste (38,3%). As regiões Centro-Oeste (24,2%) e Sul (29,5%) concentram menor percentual de unidades que mantem atividades em horário de almoço.

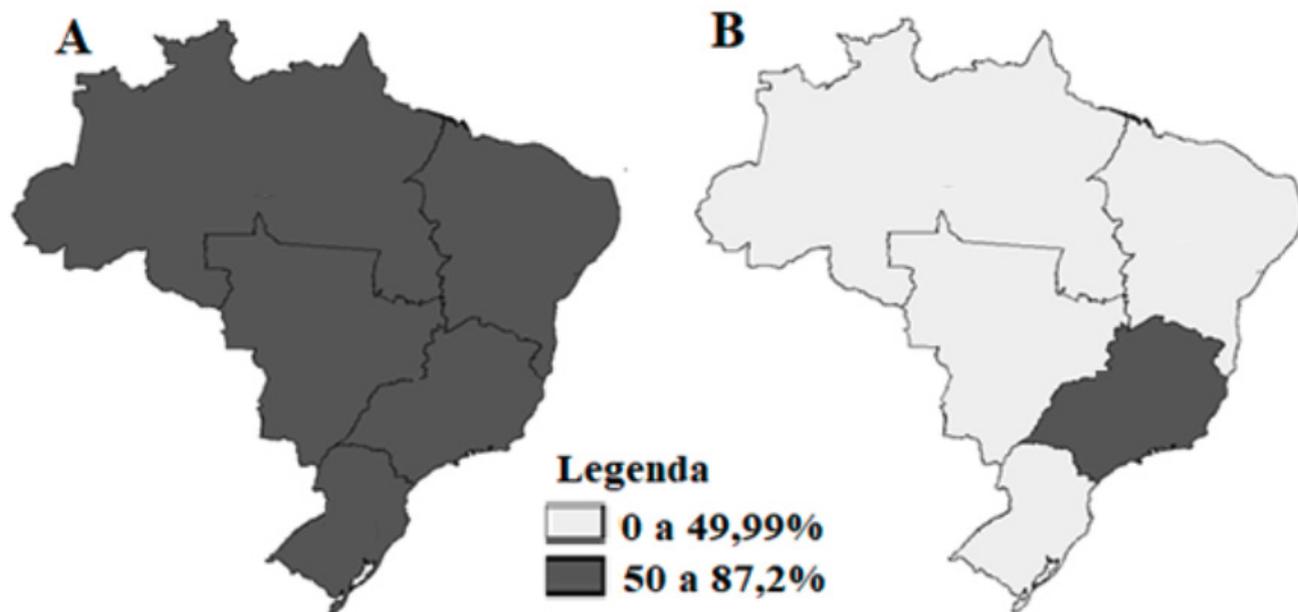


Figura 1 Distribuição percentual das UBS por regiões do Brasil: (A) horário fixo de funcionamento; e (B) e funcionamento no horário de almoço. **Fonte:** Banco de dados do PMAQ-AB Brasil, III ciclo 2017-2018⁽¹⁸⁾.

Em âmbito nacional, houve o predomínio de funcionamento de segunda a sexta-feira, em dois turnos e há pouca oferta de serviços em horários alternativos, incluindo os finais de semana. Destaca-se ainda que 99,3% das unidades abrem entre seis e oito horas e trinta minutos, e 89,4% encerram suas atividades entre dezesseis e dezoito horas e trinta minutos. Além disso, foram contabilizadas apenas 450 (1,6%) unidades funcionando aos sábados e 196 (0,7%) aos domingos, em todo o território nacional.

Componente infraestrutura: Acessibilidade

Na avaliação da acessibilidade às UBS brasileiras (Tabela 1), 87,1% apresentaram todos os ambientes com sinalização, facilitando o acesso dos usuários; 77,3% com entrada externa adaptada para cadeira de rodas, e 76,2% com cadeira de rodas disponível e em condição de uso, para deslocamento dos usuários.

Os aspectos mais comprometidos foram: existência de corrimão nos locais não nivelados (19,6%) e o piso tátil para acesso às dependências da unidade (24,1%). As UBS da região Norte apresentaram os piores indicadores referentes à acessibilidade.

Tabela 1 Distribuição do número de UBS, segundo presença ou não dos componentes de acessibilidade em suas dependências.

Acessibilidade		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Entrada externa adaptada para cadeira de rodas	Sim	1545	68,5	9239	76,7	1711	79,8	6491	77,9	3383	81,3	22369	77,3
	Não	710	31,5	2809	23,3	434	20,2	1840	22,1	777	18,7	6570	22,7
Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas)	Sim	193	8,6	1991	16,5	312	14,5	1945	23,3	1241	29,8	5682	19,6
	Não	2062	91,4	10057	83,5	1833	85,5	6386	76,7	2919	70,2	23257	80,4
Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas	Sim	1160	51,4	7051	58,5	1480	69,0	5398	64,8	3163	76,0	18252	63,1
	Não	1095	48,6	4997	41,5	665	31,0	2933	35,2	997	24,0	10687	36,9
Piso tátil para acesso as dependências da unidade	Sim	547	24,3	3240	26,9	599	27,9	1700	20,4	891	21,4	6977	24,1
	Não	1708	75,7	8808	73,1	1546	72,1	6631	79,6	3269	78,6	21962	75,9
Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas	Sim	1134	50,3	7185	59,6	1550	72,3	5569	66,8	3233	77,7	18671	64,5
	Não	1121	49,7	4863	40,4	595	27,7	2762	33,2	927	22,3	10268	35,5
Cadeira de rodas disponível e em condição de uso	Sim	1313	58,2	8645	71,8	1609	75,0	6840	82,1	3656	87,9	22063	76,2
	Não	942	41,8	3403	28,2	536	25,0	1491	17,9	504	12,1	6876	23,8
Todos os ambientes com sinalização (placa) facilitando o acesso	Sim	1825	80,9	10567	87,7	1787	83,3	7288	87,5	3728	89,6	25195	87,1
	Não	430	19,1	1481	12,3	358	16,7	1043	12,5	432	10,4	3744	12,9
Nenhuma das anteriores	Sim	115	5,1	262	2,2	49	2,3	138	1,7	47	1,1	611	2,1
	Não	2140	94,9	11786	97,8	2096	97,7	8193	98,3	4113	98,9	28328	97,9

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB Brasil, III ciclo 2017-201818.

Conforme mostra a Figura 2, a região Sul possui maior índice de sanitários para Pessoas com Deficiência (PcD) (68,2%), e a região Norte o menor número (42,7%).

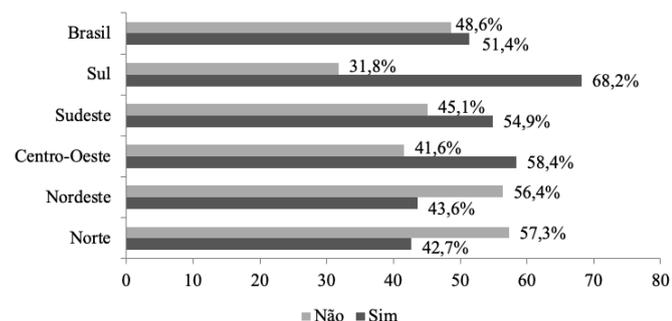


Figura 2 Distribuição do número de unidades de saúde, segundo a disponibilidade de sanitário com acessibilidade para PcD. **Fonte:** Banco de dados PMAQ-AB, III ciclo 2017-2018¹⁸.

Condições de Funcionamento

No Brasil, 10,6% das UBS estão instaladas em local provisório, 6,5% estão em reforma e 4,6% estão em ampliação, e 21,7% apresentam estrutura com padrões divergentes do estabelecido pelo Ministério da Saúde. A região Nordeste apresentou maior percentual de UBS em local provisório (11,8%) e a região Norte, o maior percentual de UBS em reforma (9,4%) e ampliação (7,1%).

Tabela 2 Distribuição do número de unidades de saúde, segundo as condições de funcionamento.

Condições de Funcionamento		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Em local provisório?	Sim	264	11,7	1426	11,8	230	10,7	855	10,3	296	7,1	3071	10,6
	Não	1991	88,3	10622	88,2	1915	89,3	7476	89,7	3864	92,9	25868	89,4
Está em reforma?	Sim	212	9,4	769	6,4	142	6,6	523	6,3	242	5,8	1888	6,5
	Não	2043	90,6	11279	93,6	2003	93,4	7808	93,7	3918	94,2	27051	93,5
Está em ampliação?	Sim	159	7,1	582	4,8	88	4,1	306	3,7	187	4,5	1322	4,6
	Não	2096	92,9	11466	95,2	2057	95,9	8025	96,3	3973	95,5	27617	95,4

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB Brasil, III ciclo 2017-2018¹⁸.

DISCUSSÃO

Horário de Funcionamento

Compreendendo o papel central da APS, como porta de entrada do SUS, destaca-se a importância do acesso da população a este nível de atenção. Entretanto, pesquisas indicam que o acesso às UBS não ocorre de maneira tão fácil e igualitária, e que muitos usuários são prejudicados pelo fato de as UBS funcionarem em horário comercial^(12,15,19).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimaram as horas de trabalho semanais exercidas por trabalhadores brasileiros, indicando que 72,7% atuam entre 40 e 49 horas ou mais. Comparados aos resultados deste estudo, esses dados sobre o horário de funcionamento possibilitam afirmar que os trabalhadores se encontram em situação desfavorável para o acesso aos serviços da ABS⁽²⁰⁾.

Outro estudo trouxe como resultados que as características estruturais das UBS impactam no número de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), e suas taxas representam indicadores de acesso e qualidade da

APS²¹. Assim, nas situações em que a ABS não é resolutive, a demanda por internações hospitalares aumenta, criando despesas desnecessárias e evitáveis. Em relação a isso, as baixas coberturas em horários alternativos apontadas neste estudo são consideradas fator obstáculo para a população trabalhadora ter acesso às UBS⁽²²⁾.

Um estudo com dados do primeiro ciclo do PMAQ, apontou que 87,1% das UBS funcionavam em, pelo menos, dois turnos, nos cinco dias da semana⁽²²⁾. Já os resultados do terceiro ciclo demonstram um incremento no número de UBS atuando nestas condições (89,4%). Quanto ao funcionamento durante o horário de almoço, no primeiro ciclo a cobertura era de 38,2%⁽¹⁵⁾ e, no terceiro ciclo, o número cresceu para 46,3%. Isso demonstra que, embora houvesse pouca diferença na evolução, o PMAQ instigou o aumento do acesso.

A PNAB orienta que as unidades funcionem por, pelo menos, 40 horas semanais durante, no mínimo, cinco dias da semana, nos 12 meses do ano. Os horários alternativos dependem das pactuações das instâncias de participação social,

“desde que atendam expressamente a necessidade da população”⁽¹⁶⁾. Logo, a maioria das UBS do Brasil atuam de acordo com o horário mínimo estabelecido pela PNAB, no entanto, não atendem expressamente as demandas populares, como no caso da situação dos trabalhadores, que não têm disponibilidade de atendimento fora do horário de trabalho. Todavia, destaca-se que, qualquer modalidade adotada para solucionar esta problemática deve considerar os princípios e diretrizes do SUS, no âmbito da APS.

Acessibilidade e Condições de Funcionamento das UBS

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para que um espaço ou edificação seja considerado acessível, este deve ser utilizado por qualquer pessoa, o que inclui pessoas com mobilidade reduzida⁽²³⁾. Destaca-se também que as condições de acesso pela PcD estão diretamente relacionadas à acessibilidade, que pode ser compreendida como a possibilidade e condição de uso com segurança e autonomia.

A pesquisa de Albuquerque e colaboradores apontou que, em 97% das UBS de Pernambuco não existia banheiros adaptados e 98% não apresentava corrimão⁽²⁴⁾. Outra pesquisa indicou que poucos estados brasileiros apresentam UBS com coberturas potenciais de acessibilidade para PcD superiores a 70%, evidenciando baixo desempenho em estados da região Centro-Oeste e melhor desempenho nos estados da região Nordeste¹⁵. Considerando os resultados obtidos neste estudo, nota-se que, ao longo dos anos, a acessibilidade não apresentou avanços significativos nos serviços de APS.

Ressalta-se, ainda, que a utilização de imóveis com características domiciliares demonstra a pouca valorização que se dá para os aspectos estruturais das unidades da APS. É importante que a concepção arquitetônica das UBS tenha uma boa ambiência, se integre ao entorno, de acordo com os valores da comunidade local, e que o acesso seja facilitado. Para isso, sua estrutura deve ser implantada de acordo com o preconizado pelo Manual de Estrutura Física das UBS, do Ministério da Saúde⁽²⁵⁾, em conformidade com a PNAB⁽¹⁶⁾.

Considerando que o cenário relativo às condições de funcionamento das UBS, evidenciado neste estudo, contraria as leis e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e a melhora da acessibilidade nas UBS para PcD, idosos e demais usuários, exige que a entrada externa, as portas internas e os corredores sejam adaptados, para estarem disponíveis e em condições de uso, facilitando o acesso de todos.

Desigualdades regionais

Os resultados deste estudo representam um alerta quan-

to à situação da estrutura das UBS, sobretudo por apontar regiões com baixos indicadores de acesso e acessibilidade. Dados do Ministério da Saúde apontam que, em setembro de 2019, a região Nordeste apresentou melhor cobertura (84,4%), seguida pelas regiões Sul (79,2%), Norte (71,1%), Centro-Oeste (71,0%) e Sudeste (68,2%)⁽²⁶⁾. Já em relação à saúde suplementar, compreendida como as atividades que envolvem planos e seguros de saúde, a região Norte apresentou menor cobertura, com 1.729.041 beneficiários e a região Sudeste, a maior cobertura, com 28.658.032 beneficiários na saúde suplementar⁽²⁷⁾.

Tais dados tornam-se relevantes, pois as UBS da Região Norte foram as que mais apresentaram fragilidades nos critérios analisados neste estudo, tendo a terceira menor cobertura da APS do país e também a menor cobertura nacional na modalidade saúde suplementar. Esses resultados evidenciam o comprometimento na capacidade de alcance da população que reside nessa região aos serviços de saúde, e a menor qualidade nos critérios referentes ao acesso e à acessibilidade aos serviços de APS.

Limitações do Estudo

Aponta-se uma limitação referente aos dados sobre os horários de funcionamento das UBS que, da forma como foram registrados não permitiu estabelecer o horário exato de funcionamento diário das unidades, sendo possível identificar apenas em quais turnos as UBS funcionavam. Isto decorreu da dificuldade em mesclar o horário de início e encerramento dos serviços com as UBS que atuavam durante o horário do almoço.

Contribuições para a Prática

O estudo contribui com a produção de conhecimentos importantes para a gestão da APS no Brasil, a partir da caracterização do acesso e da acessibilidade na estrutura das UBS, estratificadas de acordo com a adesão ao PMAQ, em cada região do Brasil. Os resultados corroboram discussões e tomada de decisões dos gestores de saúde nos diferentes estados e regiões do país.

CONCLUSÃO

Houve disparidades regionais no acesso e na acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde brasileiras. Na avaliação geral, o componente organizacional aponta conformidade com o preconizado pela PNAB. Já no componente infraestrutural, a acessibilidade indicou baixos percentuais, evidenciando comprometimento no acesso dos usuários, o que demanda maiores investimentos públicos.

Frente ao exposto, é relevante implementar novos mé-

todos de monitoramento local, de forma a aprimorar e direcionar ações de melhoria de acesso e acessibilidade da população, ressaltando a importância da estrutura, cuja inadequação pode influenciar o processo de trabalho e a qualidade da assistência na APS.

Para a prática gerencial, a realização de avaliação da estrutura é um instrumento importante e deve ser estimulada, aplicada e discutida. Portanto, almeja-se que este estudo possa contribuir de forma significativa para o empoderamento de decisões, nos diferentes níveis da gestão da APS no SUS.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES: ECCP: Trabalhou na redação, análise e interpretação de dados. TANCB: Trabalhou na redação, análise e interpretação de dados. ML: Trabalhou na análise e interpretação de dados. GRONF: Trabalhou na análise, interpretação dos dados, na revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada. LGL: Trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada. HHCP: Trabalhou na análise, interpretação dos dados. EPB: Trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada. CLFC: Trabalhou no desenho do estudo, na revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J et al. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 23]; 33(8):e00037316. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037316>.
2. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Avaliação da Infraestrutura das Unidades de Saúde da Família e Equipamentos para ações na Atenção Básica. Cogitare Enferm. [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 23]; (22)2:e51283. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.51283>.
3. Neves GR, Duro SMS, Muñiz J, Castro TRP, Facchini LA, Tomasi E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 23]; 34(4):e00072317. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00072317>.
4. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino A, Medina MG, Vilasboas ALO et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2010 [cited 2020 Mar 23]; 10(Suppl 1):s69-s81. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500007>.
5. Leite TRC, Lopes MSV, Maia ER, Cavalcante EGR. Avaliação da estrutura da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase. Enferm. Foco [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 23]; 10(4):73-8. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2216/608>.
6. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA. [Internet]. 1988 [cited 2020 Mar 23];260(12):1743-8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União 5 out. 2015; Seção 1, p. 668. [cited 2020 Mar 23]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html.
8. Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 23]; 17(11):2991-3001. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>.
9. Cunha ABO, Silva LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 Apr [cited 2020 Mar 23]; 26(4):725-37. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>.
10. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 [cited 2020 Mar 23]; 14(1):39-44. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>.
11. Janssen M, Fonseca SC, Alexandre GC. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. Saúde debate [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 23]; 40(111):140-52. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611111>.

12. Pessoa BHS, Gouveia EAH, Correia IB. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as "Upinhas" do Recife. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 23];12(39):1-9. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1529](https://doi.org/10.5712/rbmf12(39)1529).
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [cited 2020 Apr 16]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.
14. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna MLF, et al., organizadores. *Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 177-84.
15. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 23]; 26(2):275-84. Available from: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000200005>.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.436/GM, 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). *Diário Oficial da União* 22 set. 2017; Seção 1. p. 68. [cited 2020 Mar 23]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
17. Cunha CLF, Ramalho NM. Protocolos de enfermagem: promovendo o acesso e qualidade da assistência na Atenção Primária à Saúde. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 23]; 10(4):6. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/3209/597>.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa de Melhoria da Atenção Básica – 3º Ciclo [cited 2020 Abr 16]. Available from: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.
19. Quintero MCF, Vendramini SHF, Santos MLGS, Santos MR, Gazetta CE, Lourenção LG et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. *Rev. salud pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 23]; 20(1):103-9. Available from: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.64177>.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BR) Brasil em Síntese. Trabalho. 2012. [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/trabalho>.
21. Nedel FB, Facchini LA, Martin M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2020 Mar 23]; 19(1):61-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100008>.
22. Araujo WRM, Queiroz RCS, Rocha TAH, Silva NC, Thumé E, Tomasi E et al. Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 23]; 51:75. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007033>.
23. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro; 2004. [cited 2020 Mar 23]. Available from: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/pfdc/institucional/grupos-de-trabalho/inclusao-pessoas-deficiencia/atuacao/legislacao/docs/norma-abnt-NBR-9050.pdf/view>.
24. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate* [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 23]; 38(spe):182-94. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família. 2 ed. Brasília; 2008. [cited 2020 Mar 23]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Cobertura da Atenção Básica: setembro de 2019 [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
27. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Cobertura planos de saúde por regiões: setembro de 2019. [cited 2020 Mar 23]. Available from: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def.

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER: FATORES ASSOCIADOS E MORTALIDADE

Andressa Midori Sakai¹

Jaqueline Meira Uelse dos Santos¹

Giovana Ciquinato¹

Maria Fernanda Razaboni Del Conti¹

Renata Aparecida Belei¹

Gilselena Kerbauy¹

<https://orcid.org/0000-0002-0974-1943>

<https://orcid.org/0000-0002-5035-5200>

<https://orcid.org/0000-0003-0202-5490>

<https://orcid.org/0000-0003-3935-8555>

<https://orcid.org/0000-0003-2386-6360>

<https://orcid.org/0000-0002-1737-4282>

Objetivo: Identificar os fatores associados ao desenvolvimento de Infecção do Trato Urinária Associada ao Cateter (ITU-AC) e mortalidade entre pacientes com cateter urinário. **Método:** Estudo de coorte, prospectivo, com amostragem por conveniência envolvendo 790 pacientes com idade superior a 12 anos, em uso de cateter durante hospitalização. Os dados coletados do prontuário e fichas de notificação de infecção hospitalar foram analisados pelo programa SPSS. **Resultados:** Contribuíram para o desenvolvimento da ITU-AC a permanência com o cateter urinário por período >20 dias (OR 26,5; p<0,001), ser cateterizado mais de uma vez (OR 8,92; p<0,001) e hospitalização >30 dias (OR 26,8; p<0,001). Pacientes que desenvolveram ITU-AC apresentaram chance maior de mortalidade (OR 2,7; p<0,001). **Conclusão:** Frequência da inserção do dispositivo urinário, períodos prolongados de hospitalização e de permanência com o cateter contribuíram para o desenvolvimento de ITU-AC, e as chances de mortalidade foram aumentadas entre pacientes com essa infecção.

Descritores: Infecções Urinárias; Cateterismo Urinário; Infecções Relacionadas a Cateter; Controle de Infecções; Cuidados de Enfermagem.

CATHETER-RELATED URINARY TRACT INFECTION: ASSOCIATED FACTORS AND MORTALITY

Objective: To identify factors associated with the development of Catheter-related Urinary Tract Infection (CR-UTI) and mortality among patients using urinary catheter. **Method:** Prospective cohort study in a convenience sample of 790 patients older than 12 years using catheter during hospitalization. The data collected from medical records and hospital infection notification were analyzed using the SPSS program.

Results: Permanence with the urinary catheter >20 days (OR 26.5; p<0.001), being catheterized more than once (OR 8.92; p<0.001) and hospitalization >30 days (OR 26.8; p<0.001) contributed to the development of CR-UTI. Patients who developed CR-UTI presented a greater chance of mortality (OR 2.7; p<0.001). **Conclusion:** Frequency of urinary device insertion, prolonged periods of hospitalization and of permanence with the catheter contributed to the development of CR-UTI, and the chances of mortality were increased among patients with this infection.

Descriptors: Urinary Tract Infections; Urinary Catheterization; Catheter-Related Infections; Infection Control; Nursing Care.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA CON EL CATÉTER: FACTORES ASOCIADOS Y MORTALIDAD

Objetivo: Identificar los factores asociados con el desarrollo de Infección del Tracto Urinario Asociada con el Catéter (ITU-AC) y la mortalidad entre los pacientes que usan catéter urinario. **Metodo:** Estudio de cohorte, prospectivo con una muestra de conveniencia de 790 pacientes mayores de 12 años, que usan catéter durante su hospitalización. Los datos recopilados de los registros médicos y los formularios de notificación de infección nosocomial fueron analizados por el programa SPSS. **Resultados:** Contribuyendo al desarrollo de la (ITU-AC) la permanencia con el catéter urinario por un plazo >20 días (OR 26,5; p <0,001), tener recibido catéter más de una vez (OR 8,92; p<0,001) y hospitalización >30 días (OR 26,8; p<0,001). Los pacientes que desarrollaron (ITU-AC) presentaron una mayor posibilidad de mortalidad (OR 2,7; p<0,001). **Conclusión:** Frecuencia de inserción del dispositivo urinario, períodos prolongados de hospitalización y de permanencia con el catéter contribuyeron al desarrollo de (ITU-AC), y las posibilidades de mortalidad aumentaron entre los pacientes con esta infección.

Descritores: Infecciones Urinarias; Cateterismo Urinario; Infecciones Relacionadas con Catéteres; Control de Infecciones; Atención de Enfermería.

¹Universidade Estadual de Londrina (UEL), PR.

Autor correspondente: Gilselena Kerbauy - E-mail: gilselena@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As infecções do trato urinário (ITU) são complicações frequentes da assistência à saúde⁽¹⁾. No Brasil, a ITU é responsável por 35 a 45% das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) em pacientes adultos⁽²⁾.

Sabe-se que a cateterização urinária de longa permanência, também conhecida como “cateterização de demora”, é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de ITU^(3,4). Aproximadamente 75% dos casos de ITU são associados a cateter (ITU-AC) e a frequência do uso deste dispositivo varia de 15 a 25% entre pacientes hospitalizados⁽⁵⁾, podendo atingir até 88,9% na terapia intensiva⁽⁶⁾.

Entretanto, a infecção do trato urinário atribuída ao cateter de longa permanência apresenta um alto potencial de prevenção por meio de estratégias simples e eficazes baseadas em evidências⁽³⁾. A equipe de enfermagem ocupa papel central na prevenção e controle das ITU-AC, uma vez que a cateterização urinária é uma prática exclusiva do enfermeiro e a manutenção é garantida por ações desempenhadas pelos técnicos de enfermagem sob supervisão do enfermeiro⁽⁷⁾.

Portanto, é fundamental que haja a sensibilização e o envolvimento da equipe de enfermagem para que o conjunto de intervenção de prevenção de ITU-AC seja implementado visando a efetiva segurança do paciente⁽⁸⁾. O direcionamento do planejamento de atividades educativas e das ações assistenciais de enfermagem para a prevenção da ITU-AC depende do conhecimento dos fatores associados ao desenvolvimento desta infecção e as complicações relacionadas ao uso do dispositivo⁽³⁾.

Em levantamento bibliográfico realizado em bases de dados científicos nacionais e internacionais no contexto das infecções do trato urinário, foram encontrados muitos estudos que abordam a temática das infecções urinárias relacionadas ao sexo feminino^(4-6,9), período gravídico^(10,11) e em pacientes graves^(6,9) sendo escassas as pesquisas atualizadas que abordam os fatores de risco e a mortalidade associada à esta infecção no âmbito da hospitalização.

Considerando a escassez de pesquisas atualizadas que avaliaram os fatores associados ao desenvolvimento de ITU-AC e a mortalidade destes pacientes, este estudo apresentou a seguinte pergunta de pesquisa: quais os fatores envolvidos no desenvolvimento da ITU-AC e qual a associação desta infecção com a mortalidade?

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi identificar os fatores associados ao desenvolvimento de ITU-AC e a mortalidade entre pacientes em uso de cateter urinário durante internação em hospital universitário.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte, prospectivo, de abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A amostra foi composta por pacientes com idade superior a 12 anos, em uso de cateter urinária durante internação hospitalar.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário no sul do país, nas unidades de internações Médico-Cirúrgico, Unidades de Terapia Intensiva, Centro de Tratamento de Queimados e Pronto Socorro.

Coleta de dados

A coleta de dados com amostragem por conveniência ocorreu prospectivamente entre setembro 2015 a agosto 2016, a partir da busca diária de pacientes cateterizados, cujas variáveis clínico-demográficas foram coletadas dos prontuários, e o desenvolvimento de ITU-AC confirmado nas fichas de notificação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da instituição. As informações foram registradas em instrumento de coleta de dados que permitia o acompanhamento da movimentação do paciente entre os setores de internação, o histórico de cateterização e o seguimento do cateter, além do registro dos dados clínicos.

Foram considerados como variáveis de análise: sexo, idade, realização de cirurgia, período de hospitalização e uso de cateter, momento e motivo da cateterização, frequência da inserção do dispositivo urinário, desenvolvimento de ITU-AC e óbito. O tempo de uso do cateter e da hospitalização foram computados em dias, correspondendo o zero a um período inferior a 24 horas.

Procedimento de análise dos dados

A tabulação e análise dos dados foram realizadas utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20. As variáveis categóricas foram analisadas em forma de frequência simples e relativa e apresentadas em tabelas. Para as variáveis contínuas foram utilizadas as medidas de tendência central e dispersão (média, mediana e desvio padrão).

Para avaliar as associações das variáveis com a infecção urinária, foi realizada análise bivariada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Para as relações que possuísem a significância para a razão de verossimilhança até 0,20 foi aplicado o modelo de Regressão Lógica Binária. Para a análise

de regressão binária a variável de saída foi a ITU-AC enquanto que as variáveis preditoras foram: período de hospitalização, período de uso do cateter e frequência de inserção do cateter. Os dados da análise de regressão estão apresentados em número de indivíduos que apresentaram ITU-AC, porcentagem, razão de chance e intervalo de confiança (95%). Para todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%.

Procedimento éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos e responde pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 43013315.8.0000.5231, com número do parecer 1.058.883 de 12 de maio de 2015.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 790 pacientes em uso de cateter urinário, cujas indicações foram: monitoramento de débito urinário (64,8%), indicação cirúrgica/pós-operatória (24,9%) e para manejo de retenção ou incontinência urinária (10,5%).

A densidade de incidência de ITU-AC foi de 11,75/1.000 cateteres-dia, totalizando 109 pacientes (13,8%), cujas variáveis clínico-demográficas foram semelhantes a dos pacientes que não desenvolveram a infecção (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação dos pacientes em uso de cateter urinário (n=790) com o desenvolvimento de ITU-AC (n=109) segundo as variáveis clínico-demográficas. Londrina, PR, 2019.

Variáveis	Total (n=790)	ITU-AC (n=109)		p-valor
	N	N	%	
Faixa etária				
12-64 anos	427	59	13,8	
≥ 65	363	50	13,8	1,000
Sexo				
Feminino	350	54	15,4	
Masculino	440	55	12,5	0,236
Submetidos a cirurgia				
Não	451	56	12,4	
Sim	339	53	15,6	0,194
Entrada com cateter				
Não	673	92	13,7	
Sim	117	17	14,5	0,803

Motivo da cateterização				
Cirurgia	197	21	10,7	
Quantificação	512	76	14,8	0,338
Retenção/Incontinência	81	12	14,8	
Período de uso do cateter				
Até 5 dias	317	9	2,8	
6 a 20 dias	347	45	13,0	
Mais de 20 dias	126	55	43,7	<0,001
Frequência de inserção do cateter				
1 vez	621	42	6,8	
2 ou mais vezes	168	66	39,3	< 0,001
Período de hospitalização				
Até 15 dias	431	11	2,6	
16 a 30 dias	187	27	14,4	
Mais de 30 dias	172	71	41,3	< 0,001

Contribuíram para o desenvolvimento da ITU-AC o período prolongado de permanência com o cateter urinário, a frequência de vezes que o paciente foi submetido à cateterização e o tempo de hospitalização (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise de Regressão Logística Binária para o desenvolvimento de ITU-AC (n=109) (variável dependente) com o período de uso do cateter urinário, frequência da inserção do dispositivo urinário, período de hospitalização e submissão à cirurgia (variáveis independentes). Londrina, PR, 2019.

Variáveis	Odds Ratio	IC 95%		p-valor
Período de uso do cateter				
Até 5 dias				<
6 a 20 dias	5,099	2,450	10,614	0,001
Mais de 20 dias	26,510	12,516	56,15	< 0,001
Frequência de inserção do cateter				
1 vez				<
2 ou mais vezes	8,92	5,743	13,856	0,001
Período de hospitalização				
Até 15 dias				<
16 a 30 dias	6,443	3,123	13,295	0,001
Mais de 30 dias	26,841	13,718	52,516	< 0,001
Submetidos a cirurgia				
Sim	1,307	0,872	1,960	0,195
Não				

O período de hospitalização apresentou mediana de 39 dias (4±162) entre os pacientes com ITU-AC e 12 dias (0±114) entre os que não desenvolveram a infecção (p<0,001), e o aumento nos dias de hospitalização aumentou as chances para ITU-AC (Tabela 2).

Quanto ao período de permanência com o cateter, a mediana foi 21 dias (1±113) entre os pacientes com ITU-AC, e de 6 dias (0±99) para os pacientes sem ITU (p<0,001), com risco elevado a partir do 20º dia (Tabela 2).

Entre os pacientes cateterizados, aqueles que desenvolveram ITU-AC apresentaram maior chance para evoluírem a óbito quando comparados aos que não desenvolveram ITU-AC, bem como o tempo de hospitalização, tempo de permanência com o cateter urinário e o número de vezes que os pacientes foram submetidos a cateterização (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise de Regressão Logística Binária para pacientes que evoluíram a óbito (n=317) (variável dependente) com a faixa etária, sexo, submissão a procedimento cirúrgico, período de hospitalização, período de uso de cateter e frequência de inserção de cateter (variáveis independentes). Londrina, PR, 2019.

Variáveis	Total	Óbitos		Odds Ratio	IC 95%			p-valor
		N	%					
Faixa etária								
12-64 anos	427	131	30,7					< 0,001
≥ 65	363	186	51,2	2,374	1,775	3,176		
Sexo								
Feminino	350	123	35,1					0,011
Masculino	440	194	44,1	0,145	1,090	1,943		
Submetidos a cirurgia								
Sim	339	107	31,6					< 0,001
Não	4512	210	46,6	1,889	1,407	2,539		
Período de hospitalização								
Até 15 dias	431	142	32,9					< 0,001
16 a 30 dias	187	81	43,3	1,555	1,094	2,212		
Mais de 30 dias	172	94	54,7	2,453	1,709	3,52		
Período de uso do cateter								
Até 5 dias	317	85	26,8					< 0,001
6 a 20 dias	347	154	44,4	2,178	1,571	3,019		
Mais de 20 dias	126	78	61,9	4,435	2,865	6,867		
Frequência de inserção do cateter								
1 vez	621	221	35,6					< 0,001
2 ou mais vezes	168	96	57,1	2,413	1,706	3,414		
ITU								
Não	681	250	36,7					< 0,001
Sim	109	67	61,5	2,750	1,814	4,169		

DISCUSSÃO

A incidência de ITU-AC do atual estudo ocupa posição intermediária entre os dados publicados, que variam de 1,61 a 22,7 por 1.000 cateteres-dia^(4,12-14). Esta posição pode ser explicada considerando que a amostra deste estudo esteve distribuída entre setores de hospitalização médico-cirúrgica, UTI, pronto socorro e centro de tratamento de queimados.

De acordo com a principal referência nacional e internacional no controle das IRAS, a permanência prolongada do cateter urinário é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da ITU-AC^(3,5). Este risco também foi apontado no atual estudo, que mostrou associação significativa da ITU-AC com período prolongado de cateterização.

Estudo que objetivou avaliar os fatores de risco do uso de cateter urinário mostrou que a duração do cateterismo também contribuiu para o desenvolvimento da ITU-AC⁽¹⁵⁾. A mediana de tempo de cateterização entre pacientes com ITU-AC foi de 21 dias no atual estudo, e este foi significativamente maior que o período de cateterização dos pacientes que não desenvolveram a infecção.

Após análise de 61.000 pacientes cateterizados no período de 2012 a 2016, nos Estados Unidos, observou-se que 16,5% das ITU-AC estiveram relacionadas ao tempo de duração do cateterismo e que aproximadamente 25% dos casos o cateter poderia ter sido removido mais precocemente⁽⁴⁾. O tempo de permanência com cateter e sua relação com a ITU-AC pode ser justificada pelo crescimento microbiano no biofilme aderido ao cateter, que apresenta taxa de crescimento de 5 a 10% ao dia⁽²⁾. Somada a formação do biofilme, o cateter quando inserido na uretra reduz os mecanismos de defesa intrínsecos do paciente, como a micção e o esvaziamento completo da bexiga fatores, que favorecem o desenvolvimento de ITU-AC⁽⁶⁾.

Outro fator para o desenvolvimento de ITU-AC esteve relacionado o número de vezes que o paciente do estudo foi submetido ao cateterismo, considerando que aqueles expostos a mais de uma cateterização urinária tiveram maior chance para a infecção. Esta relação também foi observada em pesquisa realizada em Taiwan, com o objetivo de avaliar a reinserção de cateter urinário em idosos hospitalizados. Esta identificou que idosos expostos a mais de uma cateterização permaneceram hospitalizados por maior período e apresentaram maior risco de desenvolver ITU-AC e complicações relacionadas ao cateter⁽¹⁶⁾.

Diante dos riscos relacionados a inserção do cateter, deve-se assegurar que tal procedimento invasivo seja realizado por profissional enfermeiro, treinado e capacitado, visando a redução dos riscos desta técnica, dentre elas a infecção^(3,7).

Além disso, se faz necessário que o quantitativo de enfermeiros para prática assistencial esteja adequada, visto que o número inferior de profissional irá ocasionar comprometimento na qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes, podendo expor o paciente ao risco de desenvolver infecção⁽¹⁷⁾.

Outro fator de risco para ITU-AC, identificado no presente estudo, foi o período de hospitalização superior a 15 dias. Resultado semelhante foi encontrado em um hospital terciário de ensino universitário da Arábia Saudita em que houve associação entre a taxa de ITU-AC e o período de hospitalização em 18 dias, e foi identificado também que quanto maior o tempo de hospitalização, maior a taxa de infecção⁽¹⁸⁾.

Outros estudos realizados com pacientes adultos internados em unidade de clínica médica e UTI, também encontraram associação significativa entre o desenvolvimento de ITU-AC e o período de hospitalização, porém o risco foi mais elevado para pacientes com internação superior a 30 dias^(6,12), o que corrobora com resultados encontrados no atual estudo.

O desenvolvimento de ITU-AC foi associado ao maior risco de mortalidade no atual estudo. Este resultado vai ao encontro de outro estudo que relacionou os óbitos às IRAS, em pesquisa realizada na mesma instituição do atual estudo, que evidenciou mortalidade de 38,4% entre pacientes diagnosticados com IRAS, e que 87,1% destes óbitos tiveram relação causal com as infecções. Ainda, quanto ao sítio infeccioso, a ITU foi a segunda causa associada à mortalidade⁽¹⁹⁾.

Limitação do Estudo

Uma limitação deste presente estudo diz respeito à ausência de dados referentes ao perfil de gravidade de todos os pacientes, considerando que o score de gravidade é avaliado apenas nas UTIs da instituição estudada. A ausência desse indicador nos impossibilitou classificar a ITU-AC como um preditor de mortalidade, mesmo ela estando significativamente associada aos óbitos.

Contribuições para a Prática

O reconhecimento dos fatores associados ao desenvolvimento de Infecção do Trato Urinária Associada ao Cateter (ITU-AC) pode contribuir com prática de profissionais de enfermagem na implementação de medidas eficazes para prevenção da ITU-AC. Assim, os resultados do estudo podem subsidiar estratégias para a redução tanto da incidência desse tipo de infecção, quanto à mortalidade associada a ela.

CONCLUSÃO

O período prolongado de permanência com o cateter urinário, a frequência de vezes que o paciente foi submetido à cateterização e o tempo prologado de hospitalização foram associados com o desenvolvimento de ITU-AC, confirmando dados da literatura e indicando os riscos da cateterização urinária. Ainda, a mortalidade foi maior entre os pacientes em uso de cateter que desenvolveram ITU-AC.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Jaqueline Meira Uelse

dos Santos contribuiu na concepção e desenho do trabalho. Giovana Ciquinato dos Santos e Maria Fernanda Razaboni Del Conti contribuíram na coleta, análise e interpretação dos dados. Renata Aparecida Belei contribuiu na concepção ou desenho do trabalho e aprovação final do artigo. Andressa Midori Sakai contribuiu na redação do artigo, na revisão crítica e na aprovação final do artigo. Gilselena Kerbauy contribuiu na concepção e desenho do trabalho, na coleta, análise e interpretação dos dados, além da redação do artigo e na aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumvati G, Kainer MA, et al. Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care-Associated Infections. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 Mar 27 [cited 2019 Mar 20];370(13):1198-1208. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4648343/>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Critérios diagnósticos de infecção do trato urinário. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Cap. 4. p. 69-75. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/criterios-diagnosticos-das-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Cap. 4. p. 37-45. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>
- Leticia-Kriegel AS, Salmasian H, Vawdrey DK, Youngerman BE, Green RA, Furuya EY, et al. Identifying the risk factors for catheter-associated urinary tract infections: a large cross sectional study of six hospitals. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Feb 21 [cited 2019 Mar 20]; 9:1-7. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/2/e022137>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Healthcare-associated Infections. Catheter-associated Urinary tract Infections (CAUTI). [updated 2017 Jul 19; cited 2018 Feb 15]. Available from: https://www.cdc.gov/hai/ca_uti/uti.html
- Gomes AC, Carvalho PO, Lima ATA, Gomes ET, Valença MP, Cavalcanti ATA. Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 Jun [cited 2018 Jan 12]; 8(6):1577-85. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9848/10059>
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN Nº 0450/2013. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Conselho Federal de Enfermagem Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem. Parecer normativo para atuação da equipe de enfermagem em sondagem vesical. 2013. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html
- Health Research & Educational Trust. Catheter-Associated Urinary Tract Infection: Change Package. 2017. Chicago, IL Health Research & Educational Trust. Available from: <http://www.hret-hi.org>
- Li F, Song M, Xu L, Deng B, Zhu S, Li X. Risk factors for catheter-associated urinary tract infection among hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Adv Nurs*. 2019;75(3):517-527.
- Pigosso YG, Silva CM, Peder LD. Infecção do trato urinário em gestantes: incidência e perfil de suscetibilidade. *Acta Biom Bras* [Internet]. 2016 [citado 2020 Abr 4];7(1):62-71. Disponível em: <https://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/128>
- Santos CC, Madeira HS, Silva CM, Teixeira JJV, Peder LD. Prevalência de infecções urinárias e do trato genital em gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde. *Rev Ciênc Med* [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 4];27(3):101-113. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/4115>
- Mota EC, Andrade ML, Silveira BRM, Oliveira AC. Infecção do trato urinário em pacientes internados em clínica médica de um hospital universitário. *Vigil Sanit Debate* [Internet]. 2017 Fev 20 [citado 2018 Jun 20]; 5(1):69-75. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/782/372>
- Campos CC, Alcoforado CLGC, Franco LMC, Carvalho RLR, Ercole FF. Incidência de infecção do trato urinário relacionada ao cateterismo vesical de demora: um estudo de coorte. *REME - Rev Min Enferm* [Internet]. 2016; [citado 2019 Fev 20]; 20:973. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=29852&indexSearch=ID>
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Boletim Informativo SONIH - agosto a dezembro de 2017. Avaliação dos Indicadores Estaduais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, Resistência Microbiana e Consumo de Antimicrobianos no Paraná, notificados no Sistema Online de Notificação de Infecções Hospitalares (SONIH) de janeiro a junho de 2018. Curitiba (PR): Secretária de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. Centro Estadual de Vigilância Sanitária Divisão de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde; 2018. P 40-42. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/BOLETIMSONIH_JAN_JUL_2018.pdf
- Leelakrishna P, Karthik RB. A study of risk factors for catheter associated urinary tract infection. *Int J Adv Med* [Internet]. 2018 Apr [cited 2018 Jan 12];5(2):334-339. Available from: <https://www.ijmedicine.com/index.php/ijam/article/view/1020/840>
- Hu FW, Tsai CH, Lin HS, Chen CH, Chang CM. Inappropriate urinary catheter reinsertion in hospitalized older patients. *Am J Infect Control* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 12]; 45:8-12. Available from: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(16\)30755-6/pdf](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(16)30755-6/pdf)
- Siqueira LDC, Santos MC, Calmon ITS, Siqueira Junior PC. Dimensionamento de profissionais de enfermagem da clínica médica de um hospital universitário. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 4]; 10(4):35-40. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2179>
- Al-Hazmi H. Role of duration of catheterization and length of hospital stay on the rate of catheter-related hospital-acquired urinary tract infections. *Res Rep Urol* [Internet]. 2015 Mar 25 [cited 2018 Jan 12];7 41-47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378875/>
- Souza ES, Belei RA, Carrilho CMDM, Matsuo T, Yamada-Ogatta SF, Andrade G, Perugini MRE, et al. Mortality and risks related to healthcare-associated infection. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Jan-Mar [citado 2018 Mar 12]; 24(1):220-8. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/tce/v24n1/0104-0707-tce-24-01-00220.pdf>

POTENCIAIS REPERCUSSÕES CLÍNICAS DECORRENTES DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM TERAPIA INTENSIVA

Maiara Benevides Moreira¹

Samara Oliveira Moreira¹

Matheus Kirton dos Anjos¹

Lucy Ana Mígueres do Nascimento¹

Graciele Oroski Paes¹

<https://orcid.org/0000-0002-8997-0630>

<https://orcid.org/0000-0003-0398-8045>

<https://orcid.org/0000-0001-7016-026X>

<https://orcid.org/0000-0002-6026-8223>

<https://orcid.org/0000-0001-8814-5770>

Objetivo: Investigar na literatura científica as repercussões clínicas mais frequentes derivadas das interações medicamentosas, no cenário da terapia intensiva. **Método:** Revisão integrativa, realizada em sete bases de dados. Os critérios de elegibilidade foram: estudos observacionais, descritivos, analíticos e/ou relato de caso; que envolvam seres humanos no âmbito da prática clínica. Artigos duplicados foram excluídos. **Resultados:** Foram selecionados 17 artigos, onde apontou-se a propensão de sangramentos e hematomas originados da interação entre Varfarina e Ácido Valpróico como mais evidente, seguido de síndromes associadas, como a síndrome do QT longo e a serotoninérgica. **Conclusão:** Na ocorrência de uma interação medicamentosa, conhecer as repercussões clínicas, pode favorecer tomadas de decisões rápidas e assertivas, minimizando potenciais complicações associadas a segurança.

Descritores: Interações de medicamentos; Terapia Intensiva; Hospitalização; Sinais e Sintomas.

POTENTIAL CLINICAL REPERCUSSIONS OF INTENSIVE CARE DRUG INTERACTIONS

Objective: To investigate in the scientific literature the most frequent clinical repercussions derived from drug interactions in the intensive care setting. **Method:** Integrative review, performed in seven databases. Eligibility criteria were: observational, descriptive, analytical and / or case report studies; involving human beings in the context of clinical practice. Duplicate articles have been deleted. **Results:** Seventeen articles were selected, which indicated the propensity of bleeding and bruising arising from the interaction between Warfarin and Valproic Acid as more evident, followed by associated syndromes, such as long QT syndrome and serotonergic syndrome. **Conclusion:** In the event of a drug interaction, knowing the clinical repercussions may favor quick and assertive decision making minimizing potential complications associated with safety.

Descriptors: Drug interactions; Intensive therapy; Hospitalization; Signals and symptoms.

POTENCIALES REPERCUSIONES CLÍNICAS DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Objetivo: investigar en la literatura científica las repercusiones clínicas más frecuentes derivadas de las interacciones farmacológicas en el ámbito de cuidados intensivos. **Método:** revisión integradora, realizada en siete bases de datos. Los criterios de elegibilidad fueron: estudios observacionales, descriptivos, analíticos y / o de informes de casos; involucrando seres humanos en el contexto de la práctica clínica. Se han eliminado artículos duplicados. **Resultados:** Se seleccionaron diecisiete artículos, que indicaban la propensión a sangrado y hematomas derivados de la interacción entre warfarina y ácido valproico como más evidentes, seguidos de síndromes asociados, como el síndrome de QT largo y el síndrome serotoninérgico. **Conclusión:** en el caso de una interacción farmacológica, conocer las repercusiones clínicas puede favorecer una toma de decisiones rápida y firme, minimizando las posibles complicaciones asociadas con la seguridad.

Descriptorios: Interacciones Farmacológicas; Terapia intensiva; Hospitalización; Signos y síntomas.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro

Autor correspondente: Lucy Ana Mígueres do Nascimento - E-mail: lucyanamigueres@gmail.com

Recebido: 05/11/2019 - Aceito: 30/03/2020

INTRODUÇÃO

A interação medicamentosa (IM) é caracterizada pela alteração de um medicamento decorrente da administração concomitante ou anterior de outro(s), podendo causar efeito sinérgico ou antagônico. No efeito sinérgico, os medicamentos possuem a farmacodinâmica semelhante, potencializando o efeito terapêutico se administrados simultaneamente. Em a presença do efeito antagônico, o resultado da IM reduz ou impede o desfecho terapêutico do par medicamentoso.⁽¹⁾

As interações são classificadas quanto ao tipo, e grau de severidade. Quanto a tipologia caracteriza-se em: farmacológicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas. Entende-se como interação farmacológica, a reação físico-química que ocorre fora do organismo. As farmacocinéticas relacionam-se as alterações nos padrões de absorção, distribuição, metabolização ou excreção medicamentosa. Já as interações que alteram os efeitos bioquímicos ou fisiológicos do medicamento, são ditas farmacodinâmicas. No tocante a gravidade, as graves ocorrem quando a IM traz riscos à vida do paciente e requer intervenção imediata; as moderadas podem exacerbar a condição clínica do paciente ou demandar alteração da terapia; as leves, repercutem com efeitos clínicos limitados, sem necessidade de ajuste na terapia.⁽²⁾

Algumas interações medicamentosas são consideradas desejadas, como a administração concomitante do Fentanil® e Midazolam® em paciente sob ventilação mecânica.⁽³⁾ As IM indesejadas, podem ser prejudiciais ao prognóstico do paciente, a exemplo da associação do captopril e cloreto de potássio, resultando em hipercalemia.⁽⁴⁾

A polifarmácia, presente cotidianamente em cuidados intensivos, caracteriza-se por prescrições contendo cinco a seis medicamentos, aumentando a chance de interação em 13%, se comparadas às prescrições com dois medicamentos. Este número aumenta significativamente para 80% a 85%, quando se tem sete ou mais medicamentos.⁽⁵⁾

A administração medicamentosa realizada ao paciente grave, em sua maioria, é de responsabilidade do enfermeiro, necessitando de conhecimentos em farmacodinâmica e farmacocinética, incluindo também o manejo e controle de repercussões clínicas. Tal prerrogativa é assegurada junto ao código de ética dos profissionais de enfermagem, que informa a proibição do profissional de enfermagem administrar medicamentos sem conhecer os efeitos dos mesmos no organismo do paciente antes de administrá-los, assim como os possíveis riscos.⁽⁶⁾

Quaisquer sinais clínicos observados devem ser levados em consideração, a descrever: prurido, hiperemia e edema, considerados como sinais de reação alérgica; os próprios efeitos esperados de cada medicamento, como o alívio da

dor após a administração analgésica – o medicamento deve apresentar o efeito esperado da sua administração; os eventos adversos relacionados à administração de cada medicamento, que se torna particular ao fármaco.⁽⁷⁾

É responsabilidade do enfermeiro o acompanhamento do paciente que realiza a terapia medicamentosa, não somente no momento de administração, mas em todo seu processo, desde a dispensação do medicamento pelo farmacêutico até a vigilância dos efeitos indesejáveis, repercussões clínicas e oxi-hemodinâmicas após a administração.

Nesse contexto, o processo de cuidado da enfermagem precisa alinhar-se às práticas seguras para melhores tomadas de decisões em casos de reações não esperadas. A partir disso, torna-se relevante um estudo que evidencie repercussões clínicas derivadas de IM, promovendo disseminação de conhecimento acerca da temática.

Ante o exposto, este estudo objetivou investigar na literatura científica as repercussões clínicas mais frequentes derivadas das interações medicamentosas no cenário da terapia intensiva.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Revisão integrativa realizada de outubro de 2018 a fevereiro de 2019, com a adoção da estratégia PICO.⁽⁸⁾

Critérios de Seleção

O recorte temporal da pesquisa foi de 2010 a 2018, convergindo com terceiro desafio global para a segurança do paciente “Medicação sem danos”, visando a redução de 50% dos eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos.⁽⁸⁾

Os critérios de elegibilidade foram: estudos observacionais, descritivos, analíticos e/ou relato de caso; que envolvam seres humanos. Artigos duplicados foram excluídos. Foram utilizados os filtros: artigos completos em português, inglês e/ou espanhol.

A seleção e classificação dos artigos foi realizada por um doutor, três mestres e um graduando em enfermagem, em instrumento norteador formulado pelos autores.

Coleta de dados

A revisão seguiu as seguintes etapas: formulação da questão norteadora, busca na literatura, categorização do estudo, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados, apresentação da revisão.⁽⁹⁾ Para modelação dessa revisão foi utilizada a recomendação PRISMA, que consiste em um checklist com 27 itens e um fluxograma de quatro etapas, com objetivo de ajudar os autores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises.

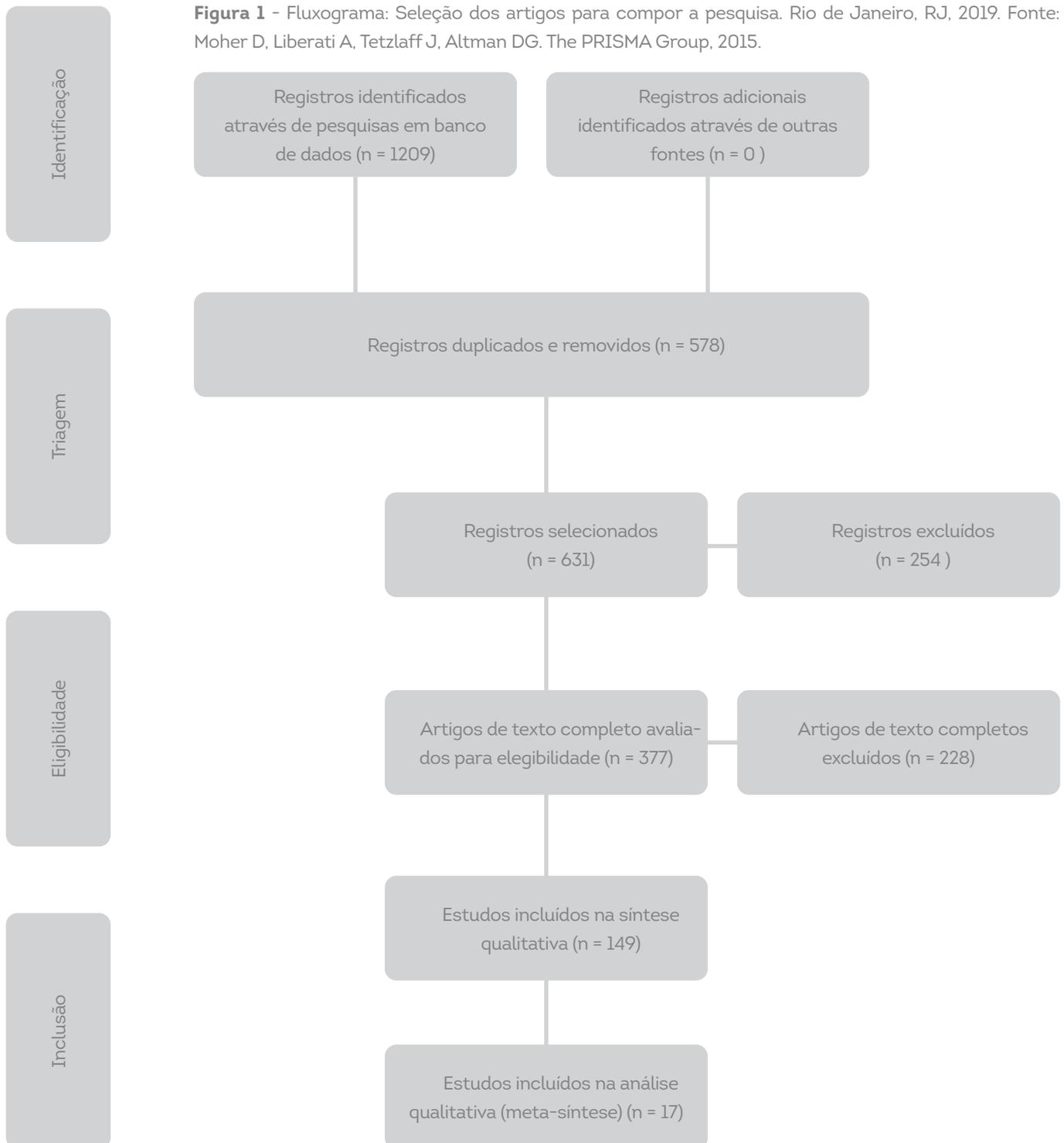
A questão norteadora elaborada foi: Quais são os sinais e sintomas mais frequentes derivados de interações de medicamentos em pacientes de terapia intensiva?

Realizou-se o levantamento de artigos conforme os Descritores em Ciências da Saúde (Decs): interações de medicamentos, terapia intensiva, hospitalização, sinais e sintomas; e do Medical Subject Headings (Mesh): drug interactions, in-

tensive care, hospitalization, signs and symptoms. As combinações utilizadas foram: "interações de medicamentos" and "terapia intensiva" and "sinais e sintomas", "interações de medicamentos" and "hospitalização" and "sinais e sintomas" e "interações de medicamentos" and "sinais e sintomas".

As bases consultadas foram: LILACS, SciELO, BDenf, CINAHL, MedLine, PubMed e SCOPUS.

Figura 1 - Fluxograma: Seleção dos artigos para compor a pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, 2019. Fonte: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group, 2015.



RESULTADOS

Na busca bibliográfica foram evidenciados 1209 artigos, dos quais 17 atenderam os critérios de seleção. O Quadro 1 mostra a relação de artigos incluídos no estudo, segundo a base/ano, periódico, título, autores e descrição do estudo.

Quadro 1 – Artigos selecionados para amostra. Rio de Janeiro, 2019.

BASE/ANO	PERIÓDICO	TÍTULO	AUTORES	DESCRIÇÃO
CINHAL/ 2010	Clin Ther. 2010; 32(5):909-14.	Concomitant administration of simvastatin and danazol associated with fatal rhabdomyolysis.	Stankovic I, Vlahovic-Stipac A, Putnikovic B, Cvetkovic Z, Neskovic AN.	Estudo de caso de um paciente com púrpura trombocitopênica idiopática evoluindo com rabdomiólise fatal após a administração concomitante de sinvastatina e danazol.
Medline 2010	Gen Hosp Psychiatry. 2010;32(5):560.	Drug interaction between carbapenems and extended-release divalproex sodium in a patient with schizoaffective disorder.	Muzyk AJ, Candeloro CL, Christopher EJ.	Estudo de caso de um paciente, com nível divalproato de sódio (VPA) indetectável após o tratamento com carbapenem.
PUBMED/ 2011	Neurocrit Care. 2011;15(1):182-5.	Valproic Acid and Warfarin: An Underrecognized Drug Interaction.	Yoon HW, Giraldo EA, Wijdicks EF.	Estudo de caso de um paciente com diagnóstico de glioblastoma multiforme apresentando crises refratárias complexas.
PUBMED/ 2011	Blood. 2011;118(24):6269-73.	Warfarin and acetaminophen interaction: a summary of the evidence and biologic plausibility.	Lopes RD, Horowitz JD, Garcia DA, Crowther MA, Hylek EM.	Estudo de caso de uma mulher que recebe a varfarina para prevenção de embolia sistêmica e apresentou isquemia transitória há 4 anos atrás, quando usava aspirina.
PUBMED/ 2012	Medicina (Kaunas). 2012;48(7):379-81.	Paracetamol and simvastatin: a potential interaction resulting in hepatotoxicity.	Gumbrevičius G, Sveikata A, Sveikatiene R, Stankevicius E.	Relato de caso sobre o perfil de segurança do paracetamol e sinvastatina
CINAHL/ 2012	Clin Ther. 2012 Dec;34(12):2259-67.	Clinical Impact of Drug-Drug Interaction Between Aspirin and Prednisolone at a Cancer Center.	Koomanan N, Ko Y, Young WP, Ng R, et al.	Análise de 142 prontuários de pacientes com câncer, em uso de aspirina e prednisolona. Observou-se a sobreposição aspirina -prednisolona, prevalência de eventos adversos gastrointestinais.
Medline/ 2012	Hepatology [internet]. 2012;55(5): 1620-1628.	Review and Management of Drug Interactions with Boceprevir and Telaprevir.	Kiser JJ, Burton JR, Anderson PL, Everson GE.	Boceprevir e telaprevir, quando adicionado ao interferon e ribavirina para o tratamento da infecção crônica pelo vírus da hepatite C, aumentam as taxas de resposta virológica sustentada em pessoas sem tratamento prévio.
PUBMED/ 2012	Br J Clin Pharmacol [internet]. 2012; 74(5): 824-834.	Cardiovascular outcomes associated with concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors in patients with acute coronary syndrome in Taiwan.	Lin CF, Shen LJ, Lin FL, Bai CH, Gau CS.	Estudo retrospectivo com pacientes hospitalizados com prescrição de clopidogrel no período.
PUBMED/ 2012	Circ J. 2012;76(11):2673-80.	Influence of omeprazole and famotidine on the antiplatelet effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes: a prospective, randomized, multicenter study.	Yano H, Tsukahara K, Morita S, Endo T, et al.	Estudo prospectivo, que avalia o uso concomitante de omeprazol atenuando a função plaquetária em comparação com a de famotidina em pacientes com síndromes coronárias agudas (ACS) que recebem clopidogrel.

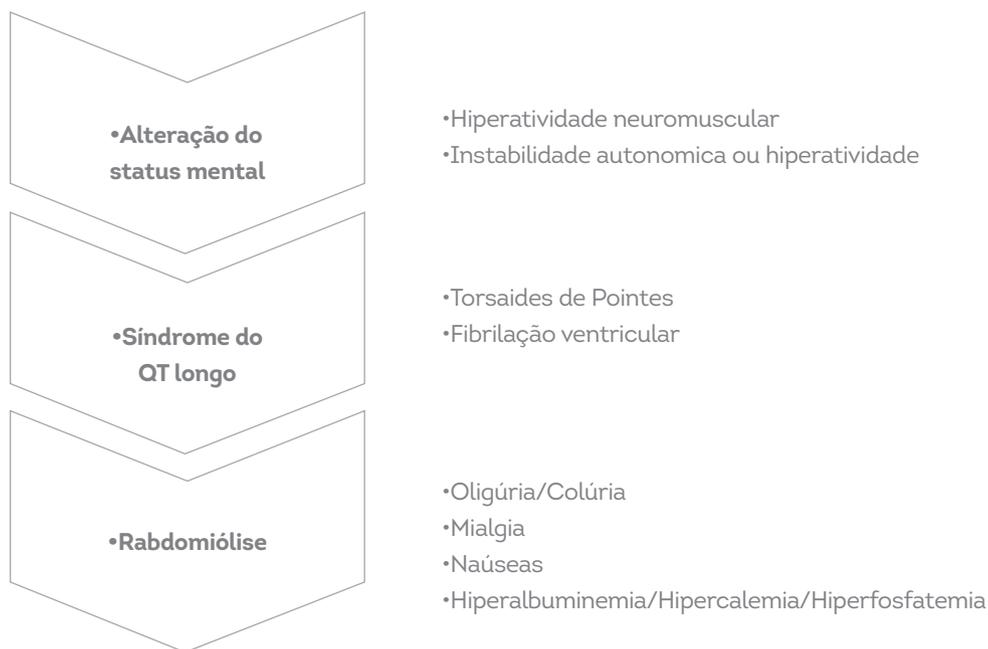
BASE/ANO	PERIÓDICO	TÍTULO	AUTORES	DESCRIÇÃO
PUBMED/ 2013	JACC Cardiovasc Interv. 2013;6(12):1275-81.	Concomitant administration of clopidogrel with statins or calcium-channel blockers: insights from the TRITON-TIMI 38 (trial to assess improvement in therapeutic outcomes by optimizing platelet inhibition with prasugrel-thrombolysis in myocardial infarction 38)	Ojeifo O, Wiviott SD, Antman EM, Murphy SA, et al.	O TRITON-TIMI 38 inscreveu 13.608 pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) e intervenção coronariana percutânea planejada (ICP), distribuindo-os aleatoriamente para uso de clopidogrel ou prasugrel. O uso de uma estatina foi deixada ao critério do médico assistente. Um modelo de Cox multivariada com escore de propensão foi utilizado para avaliar a associação entre uso de estatina e os resultados clínicos.
PUBMED/ 2014	Zeidan A, Mazoit JX, Ali Abdullah M, Maalik H, et al.	Median effective dose (ED ₅₀) of paracetamol and morphine for postoperative pain: a study of interaction.	Br J Anaesth. 2014;112(1):118-23.	Ensaio clínico com 90 pacientes, submetidos a cirurgia moderadamente dolorosa, foram incluídos em um dos três grupos.
CINAHL/ 2014	Psychooncology. 2014;23(1):108-13.	Procarbazine and antidepressants: a retrospective review of the risk of serotonin toxicity.	Kraft SL, Baker NM, Carpenter J, Bostwick JR.	Procarbazine é um agente anticâncer, que inibe a monoamina oxidase.
CINAHL/ 2014	AANA Journal, 2014; 82(5).	Serotonin Syndrome: Fentanyl and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Interactions.	Greenier E, Lukyanova V, Reede L.	Discute as manifestações clínicas da síndrome da serotonina e destaca os casos relacionados à interação entre inibidores seletivos da recaptação de serotonina e fentanil.
CINAHL/ 2014	J Clin Pharm Ther. 2014;39(4):452-4.	Parkinsonism and severe hypothyroidism in an elderly patient: a case of lithium toxicity due to pharmacological interactions.	Basile G, Epifanio A, Mandraffino R, Trifirò G.	Estudo de caso raro de parkinsonismo reversível e hipotireoidismo grave, devido à toxicidade do lítio.
PUBMED/ 2014	Am J Case Rep [internet]. 2014;15: 562-564.	Transient serotonin syndrome caused by concurrent use of tramadol and selective serotonin reuptake inhibitor.	Shakoor MT, Ayub S, Ahad A, Ayu Z.	Relato de caso de paciente, apresentando síndrome da serotonina transitória secundária à combinação tramadol e citalopram.
SCOPUS/ 2015	Case Rep Gastroenterol [internet]. 2015;9(2):132-6.	Serotonin Syndrome in a Patient on Trazodone and Duloxetine Who Received Fentanyl following a Percutaneous Liver Biopsy.	Gaffney RR, Schreibman IR.	Estudo de caso de um paciente com hepatite C em uso de antidepressivos que desenvolveu sinais e sintomas da síndrome da serotonina após biópsia hepática.
PUBMED/ 2015	J Med Case Rep [internet]. 2015;9: 77.	Clozapine toxicity due to a multiple drug interaction: a case report.	Cadeddu G, Deidda A, Stochino ME, Velluti N, et al.	Estudo de uma interação medicamentosa múltipla envolvendo clozapina, antifúngicos e contraceptivos orais, que resultou em um aumento do nível de plasma clozapina, pericardite com derrame pericárdio e eosinofilia em uma jovem mulher branca.

Duas categorias emergiram a partir dos artigos selecionados: “Síndromes clínicas decorrentes de interações medicamentosas” e “Alterações laboratoriais, hemodinâmicas e clínicas derivadas das interações medicamentosas”, exemplificadas a seguir.

Síndromes clínicas decorrentes de interações medicamentosas

Dentre as síndromes clínicas, caracterizadas por um conjunto de manifestações específicas após a administração medicamentosa, destacando-se: síndrome serotoninérgica, síndrome do QT longo e rabdomiólise, conforme Figura 2.

Figura 2 – Síndromes clínicas derivadas das interações medicamentosas. Rio de Janeiro, 2019.



Fonte: Cadeddu et.al. (2015); Shakoor, Ayub, Ahad, Ayub (2014); Greenier, Lukyanova, Reede (2014); Gaffney, Schreibmam (2015); Kraft, Baker, Carpenter, Bostwick (2014).

Alterações laboratoriais, hemodinâmicas e clínicas derivadas das interações medicamentosas

O Quadro 2 apresenta as principais interações medicamentosas e seus sinais e sintomas.

Quadro 2 – Interações medicamentosas e seus sinais e sintomas. Rio de Janeiro, 2019.

Interação de medicamentos	Sinais e sintomas
Varfarina - Ácido Valpróico	Aumento do international normalized ratio (INR) sanguíneo. Propensão a sangramentos. Hematomas, hematoquesia.
Boceprevir/ Telaprevir - Interferon/Ribavirina	Aumenta a resposta virológica sustentada na Hepatite C sem tratamento prévio.
Antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) - Procarbazina	Toxicidade por serotonina: diarreia, tremor.
Aspirina - Prednisolona	Eventos adversos gastrintestinais. Diarreia, dor abdominal, disfagia, êmese, úlceras duodenais, anemia, deficiência de ferro.
Fentanil - Antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina)	Síndrome serotoninérgica

Fonte: Adaptado de Yoon, Giraldo, Wijdicks (2011), Lopes et al (2011), Kiser (2012), Kraft, Baker, Carpenter, Bostwick (2014), Koomanan (2012), Gaffney, Schreibman (2015).

DISCUSSÃO**Síndromes clínicas decorrentes de interações medicamentosas**

As IM implicam diretamente no prognóstico, devido à gravidade⁹ e quaisquer interferências negativas podem agravar o estado hemodinâmico do paciente, com repercussões clínicas importantes, influenciando na ocorrência de síndromes, que necessitam de posterior vigilância e tratamento.

A síndrome do QT longo, intervalo QT maior que 0,66 segundos, pode ser propiciada por IM e possui como fatores contribuintes: idade avançada, diminuição do metabolismo hepático e renal e doença cardíaca estrutural. Manifesta-se por episódios de síncope, presença de arritmias letais, tais como *torsades de pointes* e fibrilação ventricular, dois ritmos de parada cardiorrespiratória frequentemente associados à parada cardiorrespiratória e morte.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Ao menor sinal dessa condição, deve-se imediatamente identificar quais medicamentos são passíveis de interações e descontinuar seu uso.¹⁰ As condutas de enfermagem tratam da monitorização cardíaca, com avaliação regular dos parâmetros hemodinâmicos; obtenção de acesso venoso; realização de eletrocardiograma (ECG) regular em toda internação. Dosagem enzimática deve ser requerida a fim de excluir outras causas durante a internação.⁽¹²⁾

O tratamento definitivo prevê uso de beta-bloqueadores ou marcapasso, desfibrilador automático ou cirurgia de desnervação cardíaca, dependendo do tipo sindrômico.⁽¹⁰⁾

Outra síndrome evidenciada foi a rabdomiólise. Gravíssima, é caracterizada por mialgia e náuseas, evoluindo com oligúria, colúria, hiperalbuminemia, hipercalemia e hiperfosfatemia. A maioria dos casos está relacionada ao consumo de álcool, crises convulsivas, imobilização prolongada e depressão do estado de consciência. A síndrome de Cush também se correlaciona fortemente ao aparecimento de rabdomiólise.⁽¹³⁾

Uma causa pouco conhecida para o aparecimento desta síndrome relaciona-se ao uso de sinvastatina associada ao danazol, denominado rabdomiólise de causa farmacológica.^(12,14)

As condutas resumem-se em descontinuação dos medicamentos envolvidos; monitorização hemodinâmica; balanço hídrico com avaliação do débito urinário; hidratação venosa; observação de sinais de congestão pulmonar; avaliação de hemograma, bioquímica e marcadores de função renal; se necessário, terapia dialítica.⁽¹⁵⁾

A síndrome serotoninérgica⁽¹⁷⁾ é um evento decorrente da ação simultânea de dois ou mais medicamentos apresentando reação tóxica aguda das substâncias que realçam a atividade serotoninérgica em sinapses do sistema nervoso central (SNC) ou periférico. Os sintomas compõem uma tríade: alteração do estado mental, hiperatividade autônoma e anorma-

lidades musculares, concorrendo para o óbito.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Os medicamentos envolvidos podem ser: L-triptofano, lítio, inibidores seletivos da recaptção da serotonina ou de ação dual, antidepressivos tricíclicos, medicamentos redutores de peso, selegilina, tramadol, inibidores da enzima monoaminoxidase (IMAOs) e *hipericum perforatum*, conhecida também como “erva de São João”.⁽¹⁹⁾

Alterações laboratoriais, hemodinâmicas e clínicas derivadas das interações medicamentosas

Algumas interações podem repercutir nos exames laboratoriais do paciente, como a varfarina e ácido valpróico, que podem elevar o INR, elevando o risco de eventos hemorrágicos. A utilização do ácido valpróico está indicada na terapia anticonvulsivante, como a epilepsia, enquanto que a varfarina é um anticoagulante para eventos trombóticos.⁽²⁰⁾

A dosagem sérica do INR deve ser realizada regularmente a fim de observar seus valores e, assim, nortear a conduta terapêutica da equipe multidisciplinar. Os valores de INR acima de 2 são considerados de risco para sangramento.⁽²¹⁾

A classe dos antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina foi expressiva nesta revisão. A utilização conjunta com procarbazina e fentanil, associa-se a maior chance no desenvolvimento da síndrome serotoninérgica.

A IM entre aspirina e prednisolona pode causar sintomas gastrintestinais como diarreia, dor abdominal, disfagia, êmese e úlceras duodenais.²² Pacientes em terapia intensiva devem ser monitorados quando a tais sintomas, pois podem ser associados a outras causas que não a IM, como uso contínuo de antimicrobiano e dietas restritivas.⁽²³⁻²⁴⁾

As complicações clínicas e laboratoriais decorrentes das IM, apresentam um caráter de maior gravidade e são um risco adicional a terapêutica do paciente. A enfermagem deve atentar-se para tais interações, de modo a minimizá-las e viabilizar, desta forma, uma assistência pautada na segurança e qualidade.

Contribuições para a Prática

Torna-se imprescindível que profissionais de saúde se debruçarem conjuntamente para melhor avaliação das prescrições, além de eleger medidas de mitigação inteligente, a exemplo das prescrições eletrônicas com sistema de alerta, como medidas de segurança e qualidade no controle de eventos adversos e reações adversas medicamentosas preveníveis.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem assume o protagonismo na segurança do sistema medicamentoso, uma vez que participa de todo o processo de administração, última etapa passível de bloquear os erros advindos das IM. Medidas de monitoramento e controle de exames laboratoriais, avalia-

ção clínica regular, adoção de protocolos de rápida resposta em condições letais são grandes aliados no manejo de repercussões não desejadas.

Limitações do estudo

Por tratar-se de repercussões clínicas derivadas de IM, houve dificuldade na aglomeração de artigos que trabalhassem especificamente os sinais e sintomas do evento.

CONCLUSÃO

O processo de administração medicamentosa finaliza-se com a visualização dos efeitos do medicamento no organismo do paciente. Em se tratando de unidades de terapia intensiva, em que há uma pluralidade de medicamentos administrados, há um risco aumentado para a interação medicamentosa suas complicações.

Dentre as problemáticas mais importantes evidenciadas nesta revisão, encontram-se as síndromes clínicas, com destaque para as Síndromes Serotoninérgicas, do QT longo e r-bdomiólise.

As alterações laboratoriais, hemodinâmicas e clínicas derivadas das interações medicamentosas mais recorrentes fo-

ram: alteração do INR, Síndromes serotoninérgica e disfunções gastrointestinais, respectivamente.

Evidenciou-se a necessidade de fomentar estudos na área de administração medicamentosa e, especificamente, interações medicamentosas com foco na observação dos sinais e sintomas derivados de tal evento, com a finalidade de melhorar a assistência prestada.

Estratégias podem ser formuladas com intuito de mitigar as interações medicamentosas em terapia intensiva, tais como a formulação de protocolos ou guias de recomendações voltados para a temática, rotinas institucionais, treinamento da equipe multiprofissional, entre outros.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES: MBM participou da concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito; SOM, MKA participaram da análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e revisão crítica; LAMN participou da redação do manuscrito e revisão crítica; GOP participou da concepção e planejamento do projeto de pesquisa participou da análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Cedraz KN, Junior MCS. Identificação e caracterização de interações medicamentosas em prescrições médicas de unidade de terapia intensiva de um hospital público da cidade de Feira de Santana, BA. *Rev Soc Bras Clin Med.* [Internet]. 2014 [cited 2015 Out 03]; 12(2):xx-xx. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n2/a4178>
2. Alvin MM, Silva LA, Leite ICG, Silvério MS. Eventos adversos por interações medicamentosas potenciais em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [Internet]. 2015 [cited 2015 Dez 03]; 27(4):353-359. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n4/0103-507X-rbti-27-04-0353.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognósticos. Ministério da Saúde [Internet]. 2014 [cited 2015 Out 03]; 132p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_fatores_risco_prognostico.pdf
4. Rocha PCF, Mota OS, Oliveira CIFB. Prevalência de potenciais interações medicamentosas em uma unidade de terapia intensiva de Manaus - AM. *Revista Brasileira de Farmacologia* [Internet]. 2014 [cited 2015 Out 03]; 95(3): 909-923. Available from: <http://www.rbfarma.org.br/files/664---prevalencia-de-potenciais-interacoes-medicamentosas-em-uma-unidade-de-terapia-intensiva-de-Manaus--AM.pdf>
5. Rodriguez EOL, Silva LSL, Menezes MO, Oliveira JKA, Curie LM. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dez 01]; 38(4): 2017-2029. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0029.pdf>
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº 311, de 08 de fevereiro de 2007 (BR). Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem [internet]. 2007 [cited 2015 Out 03]. Available from: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>
7. Mieiro DB, Oliveira EBC, Fonseca REP, Mininel VA, Zem-Mascarenhas SH, Machado EG. Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 04]; 72(suppl 1): 320-327. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0307.pdf

8. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Desafio Global de Segurança do Paciente – Medicação sem danos. Boletim ISMP Brasil [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 17]; volume 7, número 1. Available from: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf
9. Cortes AL, Silvino ZR. Fatores associados a interações medicamentosas potenciais em um centro de terapia intensiva: estudo transversal. Revista Escola de Enfermagem Anna Nery [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 19]; 23(3):e20180326. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n3/pt_1414-8145-ean-23-03-e20180326.pdf
10. Figueiredo MLF, Silva, MHR, Mendes WC. Revisão sistemática: um caminho para evidências na produção científica de enfermagem. Revista Saúde em Foco [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 03]; 1(5): 72-81. Available from: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/333/383>
11. Nogueira RGB, Rebello ES, Rebello APS, Sotomaior VS, Raskin, S. Síndrome do QT longo. Estud Biol. [Internet]. 2010/2011 [cited 2015 Oct 03]; 32/33(76-81):105-10. Available from: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/estudosdebiologia/article/viewFile/22875/21981>
12. American Heart Association. Destaques da American Heart Association 2015. Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. Texas: American Heart Association [internet]. 2015 [cited 2015 Oct 04]. Available from: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>
13. Oliveira Junior NA, Andréa EM, Maciel WA, Siqueira LR, Atié J, Cosenza R. O eletrocardiograma e a síndrome do QT longo. Revista SOCERJ [Internet]. 2004 [cited 2017 Set 24]; 17(3). Available from: http://www.rbcconline.org.br/wp-content/uploads/a2004_v17_n03_art03.pdf
14. Moniz MS, Mascarenhas MI, Escobar C, Nunes P, Abadesso C, Loureiro H et al. Rbdomiólise como manifestação de uma doença metabólica: relato de caso. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [Internet]. 2017 [cited 2018 Set 01]; 29(1) 111-114. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n1/0103-507X-rbti-29-01-0111.pdf>
15. Stankovic I, Vlahovic-Stipac A, Putnikovic B, Cvetkovic Z, Neskovic AN. Concomitant administration of simvastatin and danazol associated with fatal rhabdomyolysis. Clin Ther. 2010; 32(5):909-14.
16. Oliveira P, Silva S, Pissarra. Síndrome Serotoninérgica: Um caso clínico. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE [internet]. 2016 [cited 2018 Set 01]; 14:02. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/12122/10464>
17. Gaffney RR, Schreiberman IR. Serotonin Syndrome in a Patient on Trazodone and Duloxetine Who Received Fentanyl following a Percutaneous Liver Biopsy. Case Rep Gastroenterol [internet]. 2015 [cited 2015 Oct 04]; 9(2):132-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464014/>
18. Greenier E, Lukyanova V, Reede L. Serotonin Syndrome: Fentanyl and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Interactions. AANA Journal. 2014; 82(5).
19. Shakoor MT, Ayub S, Ahad A, Ayu Z. Transient Serotonin Syndrome Caused by Concurrent Use of Tramadol and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor. Am J Case Rep [internet]. 2014 [cited 2015 Oct 04]; 15: 562-564. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276375/>
20. Almeida RF, Kowacs F. Síndrome serotoninérgica e as triptanas. Headache Medicine, 2013; 4(1): 20-24.
21. Bento CPO, Soares M, Molin C, Martins L, et al. Relato de caso: Insuficiência renal crônica estágio 5 D em paciente com doença renal crônica medicado com varfarina. J. Bras. Nefrol. [internet]. 2015 [cited 2015 Oct 04]; 37(2). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n2/0101-2800-jbn-37-02-0275.pdf>
22. Yoon HW, Giraldo EA, Wijdicks EF. Valproic acid and warfarin: an underrecognized drug interaction. Neurocrit Care. 2011;15(1):182-5.
23. Koomanan N, Ko Y, Young WP, Ng R, et al. Clinical impact of drug-drug interaction between aspirin and prednisolone at a cancer center. Clin Ther. 2012 Dec;34(12):2259-67.
24. Borges SL, Pinheiro BV, Pace FHL, Chebli JMF. Diarréia nosocomial em unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de risco. Arq. Gastroenterol [internet]. 2008 [cited 2015 Oct 04]; 45(2). Available from: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032008000200005

INDICADORES DE QUALIDADE APLICADOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Rafaela Silva Santos¹

<https://orcid.org/0000-0001-8541-5122>

Fábia Maria de Lima¹

<https://orcid.org/0000-0001-9992-6556>

Joicy Costa da Hora¹

<https://orcid.org/0000-0003-4833-7764>

Deuzany Bezerra de Melo Leão¹ <https://orcid.org/0000-0002-5677-9135>

Objetivo: Identificar na literatura indicadora de qualidade na assistência de enfermagem em cuidados paliativos. **Método:** Revisão integrativa da literatura em três bases de dados, com os descritores Nursing, palliative, indicador, palliative care, nurse care, quality indicator, cuidados paliativos, cuidado de enfermagem, tratamento paliativo, palliative assistance, indicadores de qualidade, hospice care, cuidados de conforto, atención de enfermería, health care, indicadores de calidad, com amostra final de 7 artigos. **Resultados:** Dentre os artigos encontrados foi evidenciado um foco no direcionamento dos indicadores para os cuidados multiprofissional, porém, a maioria dos indicadores encontrados se aplicavam aos cuidados de enfermagem e se dividiram nos aspectos físico, psicológico, social e espiritual. **Conclusão:** foi encontrada uma pequena quantidade de referências nas bases de dados em relação aos indicadores em cuidados paliativos necessitando de mais estudos voltados para essa área.

Descritores: Cuidado de enfermagem; Cuidado paliativo; Indicadores de qualidade.

QUALITY INDICATORS APPLIED IN NURSING CARE IN PALLIATIVE CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Objective: To identify in the literature quality indicators in nursing care in palliative care. **Method:** Integrative literature review in three databases with the keywords Nursing, palliative, indicador, palliative care, nurse care, quality indicator, palliative care, nursing care, palliative care, palliative assistance, quality indicators, hospice care, comfort care, nursing care, health care, quality indicators, with final sample of 7 articles. **Results:** Among the articles found there was a focus on the direction of indicators for multiprofessional care, however, most of the indicators found applied to nursing care and were divided into physical, psychological, social and spiritual aspects. **Conclusion:** A small number of references were found in the databases regarding the indicators in palliative care requiring further studies in this area.

Descriptors: Nursing care; Palliative care; Quality indicators.

INDICADORES DE CALIDAD APLICADOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS: REVISIÓN INTEGRAL DE LA LITERATURA

Objetivo: identificar en la literatura indicadores de calidad en cuidados de enfermería en cuidados paliativos. **Método:** Revisión integral de la literatura en tres bases de datos con las palabras clave Enfermería, paliativos, indicadores, cuidados paliativos, cuidados de enfermería, indicadores de calidad, cuidados paliativos, cuidados de enfermería, cuidados paliativos, asistencia paliativa, indicadores de calidad, cuidados paliativos, atención de confort, atención de enfermería, atención de salud, indicadores de calidad, con muestra final de 7 artículos. **Resultados:** Entre los artículos encontrados se enfocó la dirección de los indicadores para la atención multiprofesional, sin embargo, la mayoría de los indicadores encontrados se aplicaron a la atención de enfermería y se dividieron en aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. **Conclusión:** se encontró un pequeño número de referencias en las bases de datos con respecto a los indicadores en cuidados paliativos que requieren más estudios en esta área.

Descriptor: Atención de enfermeira; Cuidados paliativos; indicadores de calidad.

¹Universidade de Pernambuco/PE.

Autor correspondente: Rafaela Silva Santos. - E-mail: rafaela.morrigan2@gmail.com

Recebido: 10/09/2019 Aceito: 26/02/2020

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da tecnociência representa um importante efeito da transformação histórica na sociedade garantindo, por exemplo, a longevidade dos portadores de doenças crônicas que necessitam de cuidados a longo período. Porém, quando se trata de condições patológicas fora de possibilidade terapêutica, o uso de tratamento invasivo deve ser reconsiderado, tendo em vista a minimização do sofrimento e oferta de conforto no fim de vida⁽¹⁾.

O tratamento adequado para esses problemas crônicos denomina-se cuidados paliativos, considerado uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças ameaçadoras da continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Baseia-se em princípios que envolvem o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis e considera a morte como um processo normal, integrando todos os aspectos sociais e psicológicos, entre outros princípios que tem como principal intuito a qualidade de vida^(2,3).

Os pacientes em cuidados paliativos apresentam sintomas como fadiga, ansiedade, constipação, depressão, náusea, dor, dificuldade de concentração, distúrbio no padrão do sono entre outros. Esses problemas podem ser identificados pelo profissional de enfermagem que está na linha de frente no cuidado e em freqüente contato com esses pacientes em palição. Além disso, enfermeiro, assim como qualquer outra profissão, necessita de busca e atualização do conhecimento, garantindo uma assistência de saúde baseada em evidências^(4,5).

Essa qualidade na prestação do serviço pode ser medida através de indicadores por ser considerado uma importante ferramenta utilizada para medir a qualidade da assistência. Esses indicadores de qualidade envolvem estrutura, processo e resultado dos cuidados prestados, baseando-se nos domínios e intervenções de enfermagem. Através deles, é possível obter elementos de informações que são coletadas e analisadas a fim de identificar resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem^(3,4,6).

Através desse método pode-se medir a qualidade dos cuidados paliativos, se tornando parte importante do programa, visto que, pacientes portadores de doenças graves

incuráveis e progressivas necessitam de indicação para forma de abordagem do cuidado. E com intuito de melhorar assistência desses pacientes o uso de indicadores voltados para assistência de enfermagem se torna crucial nesse processo^(2,3,6).

Objetivo do estudo foi identificar na literatura, indicadores de qualidade para aplicação na assistência de enfermagem em cuidados paliativos.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Essa metodologia consiste em analisar fontes secundárias de estudos a fim de sintetizar resultados nas literaturas existentes de maneira sistemática, ordenada e abrangente, contribuindo assim para as práticas de enfermagem baseado em evidência⁽⁷⁾.

Procedimento metodológico

Para elaboração desta revisão integrativa, seguem-se os seguintes estágios: identificação do problema, e a construção de uma questão norteadora: "Quais os indicadores de qualidade aplicáveis na assistência de enfermagem em cuidados paliativos presentes na literatura?", coleta de dados; análise e interpretação dos dados, organização dos dados conforme as categorias e indicadores, apresentação dos resultados e conclusões.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada em abril de 2019, nas bases de dados: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Publisher Medline (PUBMED), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), e Bases de Dados de enfermagem (BEDENF), usando os descritores e palavras chave: Nursing, palliative, indicator, palliative care, nurse care, quality indicator, cuidados paliativos, cuidado de enfermagem, tratamento paliativo, palliative assistance, indicadores de qualidade, hospice care, cuidados de conforto, atención de enfermería, health care, indicadores de calidad.

Foram elaboradas combinações entre os descritores e/ou palavras chave que resultaram nas seguintes estratégias de busca (Quadro 1):

Quadro 1 - Estratégias de busca

LILACS e BDEF	Palliative care OR Palliative assistance OR Palliative AND Nursing care OR Atención de enfermería OR Nursing OR Nursing indicators AND Indicators OR Quality indicators OR Indicadores de calidad.
---------------	--

PUBMED	Palliative care OR Hospice care OR Palliative assistance OR Palliative AND Nurse OR Nursing care OR Atención de enfermería OR Nursing Indicators AND Quality indicadores OR Health care OR Indicadores de qualidade OR Indicator .
SciELO	Cuidados paliativos OR Palliative care OR Assistência paliativa OR Tratamento paliativo OR Palliative AND Assistencia de enfermagem OR Nurse care OR Nursing Indicators OR Nursing AND Indicadores de enfermagem OR indicadores de qualidade OR Health care OR quality indicadores OR Indicator.

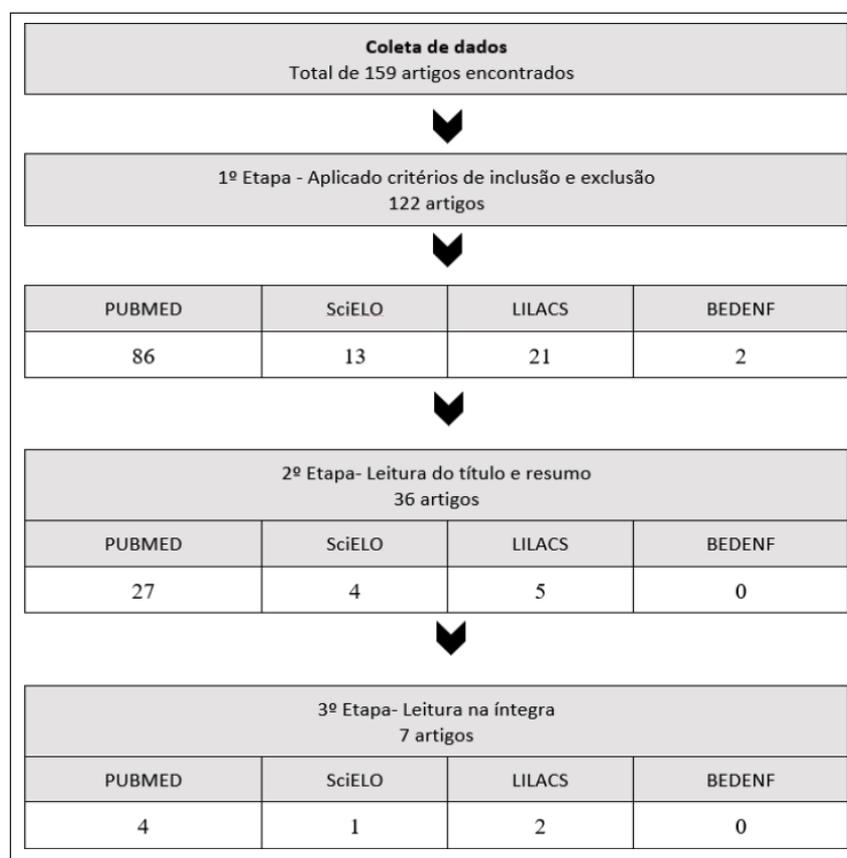
Análise dos dados

A partir da coleta dos dados, foram colhidos 159 estudos, submetidos a primeira etapa de avaliação através dos seguintes critérios de inclusão e exclusão: artigos de pesquisa original, publicados nos últimos cinco anos, de forma completa em periódicos disponíveis nas bases de dados LILACS e BEDENF, PUBMED e SciELO, nos idiomas português, inglês e espanhol, de acordo com o objetivo e descritores propostos. Artigos que se encontravam em mais de uma base de dados (duplicatas), e que não atendeu aos critérios exigidos foram automaticamente excluídos. Ao final da primeira etapa

de avaliação obteve um total de 122 estudos, dos quais, 86 (70,49%) foram encontrados na PUBMED, 13 (10,65%) na SciELO, 21 (17,21%) na LILACS e 2 (0,16%) na BDNF.

Na segunda etapa, após leitura do título e resumo dos 122 estudos, obteve um resultado de 36 artigos, sendo 27 (75%) na PUBMED, 4 (11,11%) na SciELO, 5 (13,88%) na LILACS e nenhum na BDNF. Ao final do processo após a terceira etapa que correspondeu a leitura na íntegra obteve-se apenas 7 estudos, sendo encontrados 4 na PUBMED, 1 na SciELO e 2 na LILACS. Os dados dessas etapas se apresentam de forma mais clara no fluxograma (figura 1).

Figura 1 - Fluxograma coleta e análise de dados.



RESULTADOS

Os resultados foram detalhados no Tabela 1 e para facilitar a identificação foram identificados por letra com o número da referência em sobrescrito, seguidos por ano, país, amostra e indicadores. A amostra foi para evidenciado os profissionais envolvidos nas pesquisas, enquanto que os indicadores foram para evidenciar os principais domínios e/ou indicadores encontrados, que se aplicam no cuidado de enfermagem.

Tabela 1- Características dos estudos selecionados

Nº	Ano	País	Amostra	Indicadores aplicáveis na assistência de enfermagem
A ²	2015	EUA	Médico, enfermeiro, assistente social, capelão.	Avaliação geral; dor; dispnéia; náuseas e prisão de ventre; discussão das necessidades emocional ou psicológica; discussão de preocupações espirituais / religiosas; documentação de suplente; preferências de tratamento e preferências de cuidado documentado; percepção da família quanto aos cuidados prestados; levantamento da família enlutada.
B ⁵	2016	EUA	Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, avaliadores e usuários.	Apoio do cuidador; localização preferida da morte; medos do paciente e da família; negócios inacabados; intervenções não farmacológicas; preferências de tratamento; capelão disponível ou um processo estabelecido para atender às necessidades espirituais; qualidade das informações fornecidas; qualidade das habilidades de comunicação do provedor; substituto o paciente nas decisões tomadas; documentação das decisões de cuidados; e concordância entre as preferências declaradas e cuidados reais recebidos.
C ⁸	2014	Indonésia	Médicos e enfermeiros.	Acesso a cuidados paliativos; infra-estrutura ideal com sala dedicada para discussões da equipe interdisciplinar; informações dedicadas sobre o serviço de cuidados paliativos, como folhetos ou brochuras; disponibilidade de equipamentos de enfermagem especializados, como colchão anti-decúbito e fornecimento de oxigênio; disponibilidade de um instrumento validado para avaliar a dor e outros sintomas e avaliação holística das necessidades de cuidados paliativos; reunião interdisciplinar diária para discutir a gestão diária de cada paciente, bem como uma reunião semanal para rever os encaminhamentos de pacientes e planos de cuidados; ter padronizado o treinamento de indução para novos funcionários e uma avaliação anual; registro clínico estruturado para cada paciente em cuidados paliativos; um plano de tratamento multidimensional; programa de melhoria da qualidade, incluindo auditorias clínicas; registro e documentação de eventos adversos; existência de um banco de dados para registro de atividade clínica como diagnóstico, data do diagnóstico, data do encaminhamento, data de admissão aos cuidados paliativos, data e local de óbito e local de óbito preferencial.
D ⁶	2016	Holanda	Enfermeiras e assistência social	Serviços especializados; atendimento fora de horas; continuidade de cuidados; infra-estrutura de cuidados paliativos; ferramentas de avaliação específicas; compartilhamento de informações, documentação de dados clínicos; qualidade do atendimento e sua mensuração; educação sobre cuidados paliativos.
E ⁹	2018	Estocolmo, Suécia	Equipe de saúde	Úlceras de pressão na morte; avaliação da saúde bucal na última semana de vida; alguém presente no momento da morte; informações para parentes próximos sobre a transição para os cuidados no final da vida; oferta de uma conversa de acompanhamento para o parente mais próximo depois da morte do paciente; avaliação da dor e outros sintomas durante a última semana de vida; ansiedade e náusea; e consulta de equipe especializada em cuidados paliativos durante a última semana de vida.
F ³	2015	Japão	Médico, psicologista, enfermeira, farmacêutico e assistente social.	Alívio da dor e outros sintomas; fornecer serviços de assistência domiciliar que atendem aos desejos dos pacientes com câncer e suas famílias; avaliar sobrecarga fazer cuidador; local da morte como uma medida indireta de uma boa morte e cuidados paliativos; estabelecer uma equipe especializada em cuidados paliativos em hospitais de câncer designados; melhorar o acesso a serviços especializados de cuidados paliativos para pacientes; aumentar a conscientização pública sobre a importância dos Cuidados paliativos; estabelecer uma equipe especializada em cuidados paliativos em hospitais de câncer; promover conferências interdisciplinares a fim de melhorar a comunicação entre os profissionais.
G ¹⁰	2016	Alemanha	Enfermeiras	Indicador comportamental mensuração da dor na demência: carrancudo, olhos apertados, olhar tensos e olhar assustado; olhos fechados, boca aberta, lábios apertados, olhar vazio, parecendo desinteressado, cara pálida, olhos marejados e olhar triste.

Descrição do estudo

Os estudos analisados apresentaram uma trajetória temporal partindo do ano de 2014 a 2018. O ano de 2016 houve um maior número de publicação sendo 3 dos 7 estudos publicados no ano citado.

Em relação ao local de publicação, foram evidenciados 2 publicações nos EUA, e 5 estudos do Continente Europeu. Não foi evidenciada nenhuma publicação nacional que respondesse aos critérios e objetivo delineados nesse estudo. As amostras dos estudos encontrados envolveram, profissionais de saúde, pacientes e cuidadores, além disso, a participação o profissional de enfermagem merece destaque por está presente em todos os estudos seja na construção e/ou amostra. O foco de cuidado foi voltado para equipe multiprofissional, porém todos os estudos possuíam indicadores aplicáveis a assistência de enfermagem, presentes na Tabela 1.

Indicadores do aspecto físico

No aspecto físico, o indicador “dor” esteve presente nos estudos A, B, E, F e G, representando um importante sintoma para qualificar os cuidados prestados. Outros sintomas que foram abordados como indicador de qualidade no aspecto físico foram a náusea presente nos estudos A, E e F, a dispnéia e prisão de ventre no estudo A, intervenção não farmacológica nos estudos B e C. O estudo E trouxe ainda cuidados com lesões por pressão, saúde bucal e ansiedade como indicadores. Além dessa mensuração/avaliação desses sintomas, no estudo G, houve uma abordagem diferente. Com um foco no indicador dor, ele abrange as formas de mensuração de dor na demência, calculando esse indicador comportamental através de expressões faciais, movimentos corporais, vocalizações, ou seja, representou a forma como seria mensurado esse indicador físico da dor que inclusive foi o que mais abordado diante dos estudos.

Indicadores do aspecto psicológico

No aspecto psicológico, os estudos A e B trouxeram dois indicadores importantes que foram a discussão das necessidades emocionais e o indicador do levantamento da família enlutada. O estudo B trouxe ainda os indicadores: medo do paciente e família e negócios inacabados, trazendo a importância dessa abordagem para o bem estar psicológico do paciente/família. O indicador: apoio ao cuidador foi abordado nos estudos B e E, porém no C e F foi apresentada a importância de um conselheiro de luto presente, e avaliação da sobrecarga do cuidador, representando o mesmo foco do indicador anterior abordado pelos outros artigos.

Indicadores do aspecto social

Em relação aos indicadores sociais, o mais abordado nos estudos foi a documentação da preferência de tratamento presente no A, B, C, D e E. Dentre esse indicador, o estudo B ainda traz a importância de uma documentação específica sobre a localização de preferência da morte. O estudo C aborda a importância da facilidade no acesso aos cuidados paliativos como indicador social, e complementando esse indicador, o estudo F traz a assistência paliativa domiciliar como indicador importante para o comprimento de uma assistência abrangente atingindo um maior número de pessoas.

Indicadores do aspecto espiritual

O aspecto espiritual ainda foi pouco abordado os artigos, no qual foi destacado dois indicadores. O primeiro diz respeito a preocupações espirituais e religiosas de forma geral, indicador presente no estudo A, trazendo para discussão a importância da avaliação espiritual e religiosa para uma melhor assistência. Nos estudos B e C, o indicador: ter um capelão disponível complementa também o indicador da avaliação espiritual.

Além desses, foi abordado ainda indicadores relacionados à infraestrutura e equipe multiprofissional nos estudos C, D, E e F. A presença de salas para discussão da equipe multiprofissional, passar informações sobre a importância dos cuidados paliativos para paciente e família, equipamentos de enfermagem especializados, e presença de equipe especializada nas últimas semanas de vida para planejamento de cuidados foram alguns desses indicadores.

DISCUSSÃO

A presença de publicações voltadas para esse tema trouxe a reflexão de que há uma preocupação em medir a qualidade da assistência, principalmente quando há sofrimento físico e emocional durante doenças graves e com risco de vida, considerando também que essa medição de qualidade representa parte integrante dos cuidados paliativos⁽²⁾. Essa medição de qualidade bem aferida, e com bons indicadores é necessária diante do crescimento e amadurecimento dos cuidados paliativos⁽⁵⁾.

Nesta revisão pode-se notar, a presença freqüente, de indicadores voltados para sintomas do câncer, e apenas dois deles, estudo E e G, trazem também a doença de Alzheimer, importante por apresentar fortes sintomas assim como o câncer, e muitas vezes não tem a mesma oportunidade de acesso aos cuidados paliativos, talvez por não ser reconhecida como uma doença terminal^(9,10). Não houve um foco em indicadores específicos para determinada doença, porém todo instrumento coletado apresentou a possibilidade

de adaptação para outra situação. Isso se deve pelo fato de que o objetivo dos indicadores seja o de auxiliar no cuidado com sintomas de difícil controle, apresentar uma mudança de visão do cuidado de um objetivo de cura para um objetivo paliativo, com intuito de melhorar as condições do paciente respeitando a subjetividade de cada um, e por tanto sendo necessária uma adaptação de cuidado, e conseqüentemente de indicadores.

Outro fator importante, evidenciado neste estudo foram a presença de indicadores de qualidade, voltados apenas para exercício de equipe multiprofissional, não havendo indicadores específicos da enfermagem, porém, no que diz respeito a participação da pesquisa, a equipe de enfermagem esteve presente em todos os estudos, pelo fato de ser uma profissão que se encontra na linha de frente do cuidado para com o paciente, e no caso de pacientes internados, oferta uma aproximação maior durante os plantões. Importante destacar também nesse ponto, a importância da abordagem multiprofissional, e em formas de cuidado que é comum a ambos profissionais que trabalham na linha de cuidados paliativos, portanto, dependendo do profissional e da peculiaridade do paciente, determinados indicadores podem ser adaptáveis a profissão, um exemplo claro diz respeito aos próprios indicadores reunidos neste estudo ^(3,6,8,9).

Em relação às dimensões, nos indicadores do aspecto físico, houve uma prevalência de citações no indicador: dor, e intervenções não farmacológicas para alívio de sintomas. Essa dimensão também se sobressai em relação às outras devido ao número elevado de indicadores voltados para esse aspecto. Historicamente, houve um foco para um tratamento unicamente voltado para a dimensão física, na avaliação de sinais e sintomas, e hoje ainda muito valorizada, e no que diz respeito aos cuidados paliativos deve se levar em consideração a presença de sintomas desagradáveis na terminalidade que ameaçam a qualidade de vida dos pacientes devendo ser avaliada a melhor forma de cuidar, buscando estratégias para isso como exemplo na construção de indicadores de qualidade. Porém a presença de outras dimensões como mostrado neste estudo, representam uma importância extrema para o cuidado, podendo assim interferir uma nas outras.

No aspecto psicológico os indicadores mais citados foram os relacionados a discussão das necessidades emocionais do paciente e família além do suporte para a família enlutada, quando adaptados ao cuidado de enfermagem o número de indicadores podem diminuir em relação ao aspecto físico devido a baixa abordagem relacionada a esse tema nas próprias condutas de enfermagem.

No que diz respeito aos indicadores sociais, a documentação

de preferências de tratamento e local da morte apresentou uma abordagem significativa, por se tratar de uma importante forma de documentar e tornar possível legalmente as formas de escolha de tratamento, além disso, a forma de abordagem do cuidado paliativo requer decisões difíceis como nos casos dos cuidados paliativos exclusivos, sendo necessária, por exemplo, documentos autorizando a não reanimação. Esse contato entre equipe, paciente e família pode ser iniciado e fortalecido através da equipe de enfermagem que tenha em vista a importância de se aplicar esses indicadores sociais no manejo com os cuidados paliativos.

Nos aspectos espirituais e religiosos, evidenciou uma fraca abordagem relacionada ao tema, onde apenas 3 estudos trouxeram indicadores voltados para essa dimensão. Isso retrata uma fraca abordagem e despreparo dos profissionais para lidar com questões espirituais também importantes para o bem estar físico, social e psicológico, visto que a espiritualidade também pode influenciar em outras dimensões e afetar conseqüentemente na qualidade de vida.

Alguns indicadores relacionados à infra estrutura trouxeram em sua abordagem a importância desses recursos de trabalho para uma boa assistência, desde salas específicas para atendimento de cuidados paliativos, até as formas de trabalho envolvendo reuniões com a equipe para discussões dos casos, importante também para facilitação de uma abordagem paliativa que possua subsídios para o conforto no fim de vida do paciente.

Por fim, fazem-se importante discutir sobre a criação e aplicabilidade dos indicadores em diferentes países, considerando a necessidade de uma criteriosa avaliação devido às diferenças econômicas e culturais da população, características de cada região a fim de afirmar a importância da validação de instrumentos voltados para cada profissão ^(6,8).

Limitações do estudo

Esse estudo trouxe limitações relacionadas a quantidade de estudos encontrados, nota-se uma evidente déficit de publicações relacionadas ao tema proposto por esse trabalho, considerando ainda que apesar da enfermagem entrar ativamente na realização e participação dos estudos, nenhum dos artigos apresentou foco da assistência de enfermagem em cuidados paliativos.

Contribuição para a prática

Esse estudo pode trazer contribuições para a prática baseada em evidência, por trazer um levantamento de indicadores de qualidade importantes para a assistência de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos, visto que

a atualização e aperfeiçoamentos das práticas de cuidado é necessária. Além disso, essa revisão pode fomentar a criação de mais indicadores considerando ainda a evidente falta de publicações relacionadas ao tema e a importância de medir a qualidade da assistência a fim de identificar os indicadores positivos e negativos e assim agir para qualidade da forma de cuidado.

CONCLUSÃO

O conceito de indicadores é evidenciado pela possibilidade de quantificar a qualidade de um aspecto da assistência, podendo ainda comparar com práticas baseadas em evidências, representando assim, uma importante ferramenta usada para garantir essa melhoria na assistência. Os indicadores sensíveis ao cuidado de enfermagem voltado ao cuidado paliativo estão estreitamente relacionados

com a satisfação de necessidades complexas e de vários domínios: físico, psicológico, emocional, social, espiritual e/ou existencial. Porém, diante desse estudo pode-se observar que apesar da importância desse assunto para melhoria da assistência, foi encontrado uma pequena quantidade de referências nas bases de dados internacionais em relação aos indicadores em cuidados paliativos e nenhuma publicação voltada especificamente aos cuidados de enfermagem, porém os indicadores identificados em sua maioria podem ser aplicados nos cuidados de enfermagem.

Conclui-se, portanto, a necessidade de mais estudos voltados para a área de enfermagem em cuidados paliativos sobre os indicadores de qualidade, com intuito maior de melhorar a assistência e poder ofertar um cuidado de qualidade para o paciente e família que representam o maior foco do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Costa RS, Santos AGB, Yarid SD, Sena ELS, Boery RNSO. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. *Saúde Em Debate*. março de 2016;40:170-7.
2. Dy SM, Kiley KB, Ast K, Lupu D, Norton SA, McMillan SC, et al. Measuring what matters: top-ranked quality indicators for hospice and palliative care from the American Academy of Hospice and Palliative Medicine and Hospice and Palliative Nurses Association. *J Pain Symptom Manage*. abril de 2015;49(4):773-81.
3. Nakazawa Y, Kato M, Yoshida S, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. *J Pain Symptom Manage*. abril de 2016;51(4):652-61.
4. Cook J, Horrocks S. Community nursing quality indicators for end-of-life care in England: identification, preparation, and coordination. *Br J Community Nurs*. 2016 Mar;21(3):118-23.
5. Dy SM, Herr K, Bernacki RE, Kamal AH, Walling AM, Ersek M, et al. Methodological Research Priorities in Palliative Care and Hospice Quality Measurement. *J Pain Symptom Manage*. 2016 Feb;51(2):155-62.
6. Lliffe S, Davies N, Manthorpe J, Crome P, Ahmedzai SH, Vernooij-Dassen M, et al. Improving palliative care in selected settings in England using quality indicators: a realist evaluation. *BMC Palliative Care* [Internet]. 2016 Aug 2 [cited 2019 Apr 14];15(1):69.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R, Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2010 [cited 2019 May 1];8(1):102-6.
8. Effendy C, Vissers K, Woitha K, van Riet Paap J, Tejawinata S, Vernooij-Dassen M, et al. Face-validation of quality indicators for the organization of palliative care in hospitals in Indonesia: a contribution to quality improvement. *Support Care Cancer*. 2014 Dec;22(12):3301-10.
9. Martinsson L, Lundström S, Sundelöf J. Quality of end-of-life care in patients with dementia compared to patients with cancer: A population-based register study. *PLoS ONE*. 2018;13(7):e0201051.
10. Lautenbacher S, Sampson EL, Pähl S, Kunz M. Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? *Pain Med*. 2017 Nov 1;18(11):2105-15.

PRÉ-NATAL MASCULINO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Layres Canuta Cardoso Climaco¹

Alba Benemérita Alves Vilela¹

Eduardo Nagib Boery¹

Sérgio Donha Yarid¹

<https://orcid.org/0000-0001-8666-5203>

<https://orcid.org/0000-0002-1187-0437>

<https://orcid.org/0000-0001-7624-4405>

<https://orcid.org/0000-0003-0232-4212>

Objetivo: relatar a vivência de uma enfermeira com o pré-natal masculino na perspectiva de educação em saúde. **Método:** trata-se de um relato de experiência, que ocorreu por meio do estágio da pós-graduação em Enfermagem e Obstetrícia, de junho a julho de 2018, em uma Unidade Básica de Saúde. **Resultados:** a vivência permitiu refletir sobre a atuação do profissional de Enfermagem Obstétrica e a construção de saberes voltados para a saúde do homem. A realização de atividade na sala de espera não teve efeito desejado, mas, por outro lado, a consulta do pré-natal se mostrou como um espaço de reflexão e mudança de hábitos a partir da troca de experiências. **Considerações finais:** o pré-natal masculino vem se mostrando como importante estratégia de incentivo à participação do homem no serviço de saúde, e a educação em saúde se configura como uma estratégia de fortalecimento da atuação do enfermeiro obstetra.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Saúde do Homem; Educação em Saúde; Cuidados de Enfermagem.

MALE PRE-CHRISTMAS: A REPORT OF EXPERIENCE IN THE CONTEXT OF HEALTH EDUCATION

Objective: to report the experience of a nurse with male prenatal care in the perspective of health education. **Method:** This is an experience report, which was carried out through the Nursing and Obstetrics post-graduation, from June to July, 2018, in a Basic Health Unit. **Results:** the experience allowed us to reflect on the performance of the professional obstetric nursing and the construction of family-oriented knowledge, expanding the field of care and knowledge. The activities in waiting room was not effective, but, on the other hand, the prenatal consultation proved to be a space for reflection and change of habits based on the exchange of experience. **Final considerations:** male prenatal care has been shown to be an important strategy to encourage the participation of men in the health service, and health education is an artifice to strengthen the performance of obstetrician nurses.

Descriptors: Prenatal Care; Men's Health; Health Education; Nursing Care.

PRÉ-NATAL MASCULINO: UN RELATO DE EXPERIENCIA EN EL CONTEXTO DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

Objetivo: relatar la vivencia de una enfermera con el prenatal masculino en la perspectiva de educación en salud. **Método:** se trata de un relato de experiencia, que ocurrió por medio de la etapa del postgrado en Enfermería y Obstetrícia, de junio a julio de 2018, en una Unidad Básica de Salud. **Resultados:** la vivencia permitió reflexionar sobre la actuación del proceso, profesional de Enfermería Obstétrica y la construcción de saberes orientados a la familia, ampliando el campo de cuidado y conocimiento. La realización de actividades en la sala de espera no fue efectiva, pero, por otro lado, la consulta del prenatal se mostró como un espacio de reflexión y cambio de hábitos a partir del intercambio de experiencia. **Consideraciones finales:** el prenatal masculino se viene mostrando como importante estrategia de incentivo a la participación del hombre en el servicio de salud, y la educación en salud se configura como un artificio de fortalecimiento de la actuación del enfermero obstetra.

Descritores: Cuidado Pre-Natal; Salud del hombre; Educación en Salud; Cuidados de Enfermería.

¹Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade do Sudoeste da Bahia (UESB).
Autor Correspondente: Layres Canuta Cardoso Climaco Email: laycanuta@gmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde do homem vem sendo discutida no meio científico devido à grande divulgação dos dados epidemiológicos e à criação de políticas públicas voltadas para essa população⁽¹⁾. Nesse contexto, o pré-natal masculino é uma estratégia que visa à valorização dos modelos masculinos por meio do acolhimento, capacidade de escuta qualificada e possibilidade de inserção dos homens nos serviços de saúde⁽²⁾.

O pré-natal masculino compreende a gestação como um fenômeno que vai além da concepção, por isso, necessita de ações que envolvam o homem em todo o planejamento familiar até o pós-parto⁽³⁾. Para o autor, a participação do homem no pré-natal amplia o leque de cuidados à saúde, tanto para mulher, como para a sua própria saúde, em especial, no que diz respeito às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Ao considerar a diversidade de agravos que acometem os homens e que poucos frequentam os serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS nº 1944, criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que tem como objetivo promover ações de saúde que contribuam expressivamente para a compreensão da realidade do universo masculino. Essa política é composta por seis eixos, dentre eles, a paternidade e o cuidado, que visam sensibilizar os gestores, profissionais e a sociedade para vislumbrar os benefícios da paternidade ativa, a fim de prevenir os riscos à sua saúde e a do conceito, bem como a atuação do pai no pré-natal, parto, pós-parto e desenvolvimento infantil^(4,5).

No cenário atual do pré-natal, os serviços de saúde desenvolvem atividades exclusivamente voltadas para a gestante, o que torna difícil a participação do parceiro no processo gravídico⁽⁶⁾. Isso é um desafio para os profissionais, sendo necessário mudar a configuração do serviço e a perspectiva de cuidado que busque envolver as gestantes e os seus parceiros.

Com isso, é importante destacar que o pré-natal é um momento propício para enfatizar o poder da educação em saúde, que é compreendida como uma ação prévia de promoção da saúde, que atua de forma participativa e reflexiva, possibilitando, às pessoas, tomarem decisões conscientes que influenciam o processo saúde/doença⁽⁷⁾. Acredita-se ainda que, para se promover a educação em saúde, se deve enfatizar a educação popular em saúde, a qual envolve os saberes prévios da população, atrelados ao conhecimento científico ofertado⁽⁸⁾.

Há uma necessidade de ampliar as ações voltadas para a saúde do homem na atenção básica, sendo o enfermeiro um elemento fundamental para a transformação deste cenário,

ao prestar uma assistência empática, acolhimento atrativo e humanizado, de forma holística e integral⁽⁹⁾. Assim, para a Enfermagem, no pré-natal, existem diversos espaços para atuar na perspectiva da educação em saúde, tais como: sala de espera, assistência de Enfermagem, consultas e grupos de gestantes.

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo: relatar a vivência de uma enfermeira com o pré-natal do parceiro na Unidade Básica de Saúde (UBS) na perspectiva de educação em saúde.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, que consistiu em descrever a vivência de uma enfermeira com a educação em saúde no pré-natal masculino.

Local do estudo

Realizado no serviço de pré-natal da Unidade Básica de Saúde Almerinda Lomanto, localizada em Jequié, Bahia, Brasil, que ocorreu por meio de estágio prático da Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica. A experiência ocorreu de junho a julho de 2018, com carga horária de 40 horas, distribuídas de segunda a quinta-feira.

Participantes da pesquisa

Enfermeira pós-graduanda e docente.

Coleta de dados

Foi por meio de um diário de campo que constava o planejamento das atividades propostas pela docente e desenvolvimento tanto da sala de espera e como da consulta. Assim, esse diário foi registrado anotações diariamente sobre o estágio tais como: data; horário; duração; local da observação; tema abordado na sala de espera; descrição do espaço físico; recursos didáticos; estratégia metodológica; quantidade de homens, gestantes, acompanhantes, profissionais; aparência física; expressões faciais; gestos; materiais utilizados para consulta (impressos, caderneta, testes rápidos); descrição da consulta; e a observação dos acontecimentos particulares (sentimentos, problemas, ideias, palpites, impressões, facilidades e dificuldades encontradas, resultados alcançados). Além disso, no diário de campo constava as informações sobre as discussões entre os discentes e a docente, particularmente sobre os aspectos que chamou a atenção durante a abordagem da sala de espera; a participação do homem durante o pré-natal; e as impressões sobre o serviço e o acolhimento do homem.

Procedimentos de análise dos dados qualitativos

As informações do diário de campo foram transcritas e realizada uma análise compreensiva das informações. No primeiro momento, realizou-se uma leitura do material obtido. Na sequência, através da exploração do material foi realizado um quadro construído por uma das autoras que constava do lado esquerdo as informações do diário e do lado direito as reflexões e especulações sobre o que está emergindo.

Aspectos éticos

Por se tratar de um relato de experiência não foi necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Mesmo tratando-se desse tipo de estudo, todos os princípios éticos foram seguidos, conforme as recomendações nacionais e internacionais de pesquisa, e ainda, vale ressaltar que obteve-se a anuência da instituição para publicação da experiência.

RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA

Na sala de espera, foram realizadas rodas de conversa com os seguintes temas: aleitamento materno, cuidado com coto umbilical, trabalho de parto e violência obstétrica. Nesse momento, além de abordar a temática do dia, buscaram-se esclarecer mitos e dúvidas sobre o tema escolhido e explorar as vivências de gestações anteriores com o propósito de estimular a reflexão sobre os temas e mudanças de hábitos que não são favoráveis para o pré-natal, parto e puerpério. Com o objetivo de melhorar a abordagem do processo de educação em saúde, a troca de conhecimentos foi realizada de forma atrativa e lúdica, por meio de álbum seriado, mamás e bonecos didáticos, que serviram para estabelecer o vínculo com os usuários.

A consulta do pré-natal foi desenvolvida da seguinte forma: primeiramente, acolheram-se a gestante e o parceiro. Na sequência, parabenizou-se o futuro papai pela sua participação naquele espaço, reconhecendo o seu protagonismo no contexto do pré-natal. Ao mesmo tempo em que se escutaram as queixas do homem, forneceram-se as devidas orientações referentes à saúde do mesmo, sendo pode também ser responsável pelo seu estado de saúde.

Na sequência, foram ofertadas outras ações, tais como: verificação dos sinais vitais, abordagem da importância da detecção precoce de doenças, atualização da caderneta de vacina e atividades educativas.

Foi realizado, pela pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica, o aconselhamento do pré-teste rápido de hepatites B e C, anti-HIV e sífilis, após apresentar, para os homens, em cada consulta, separadamente, as principais doenças que podem ocorrer no pré-natal; com sua autorização, fazia-se a coleta de sangue para o procedimento. Na espera pelos resultados

dos testes, esses homens aproveitavam para tirar dúvidas sobre alimentação, sintomas mais frequentes da gestação e anemia falciforme. No exame físico da gestante, os parceiros davam suporte à companheira e se emocionavam com os batimentos cardíacos (BCF).

O aconselhamento pré-teste rápido de hepatites B e C, anti-HIV e sífilis também foi uma estratégia de educação em saúde que se destacou, pois houve a troca de informações entre a enfermeira e o parceiro da gestante sobre IST, principalmente, no que diz respeito aos perigos da sífilis durante a gravidez, desde a má-formação fetal, até mesmo o aborto. Essa ação contribuiu para o controle de doenças, tais como: hepatites B e C, HIV e sífilis.

Outro aspecto importante diz respeito ao atual estado de saúde. Pôde-se perceber que muitos homens não tinham o cartão vacinal, não faziam exames laboratoriais e a procura por cirurgião-dentista acontecia apenas quando tinham uma patologia já instalada. Nesse momento, a educação em saúde foi importante, pois foi possível alertá-los sobre os cuidados que os mesmos devem ter com a saúde, fazendo com que passassem a refletir e a tomar decisões, tais como: ir à sala de vacina, realizar os testes rápidos no momento da consulta, bem como ir ao odontólogo e realizar exames laboratoriais.

DISCUSSÃO

A sala de espera no contexto da educação em saúde

Sabe-se que as rodas de conversa estabelecem uma postura ético-política em relação à produção do conhecimento e, por serem uma estratégia de transformação social, partindo da reflexão e negociação entre os profissionais e usuários, tem a intenção de construir novas possibilidades, por meio do perceber, refletir, agir e modificar⁽¹⁰⁾. No entanto, percebe-se que a sala de espera não teve o efeito desejado, visto que o público masculino não estava à vontade naquele ambiente e não interagiu durante o momento da abordagem dos temas escolhidos. Isso reflete a necessidade do profissional desenvolver a capacidade de se comunicar com o público, motivando os homens a participarem das atividades de educação em saúde e a usar o serviço de saúde.

Além disso, alguns autores retratam que a deficiência da sala de espera no serviço é por não oferecer tempo adequado para a escuta ou, até mesmo, para a construção crítica coletiva⁽¹¹⁾. Estudo⁽¹²⁾ aponta que a formação do enfermeiro para atuação no campo da educação em saúde precisa ser revista, pois, muitas vezes, estas ações ofertadas nos serviços de saúde não estão direcionadas para um processo que esteja contemplando a visão de mundo dos sujeitos.

Nesse sentido, a educação em saúde só seria efetiva se os profissionais retomassem alguns princípios, tais como, a

comunicação, a informação, a educação e a escuta qualificada, para, assim, os profissionais visualizarem novas formas de intervir na realidade de saúde dos usuários⁽⁷⁾, ou seja, implementarem novas ações que venham a modificar o universo masculino.

Quanto às temáticas de aleitamento materno, cuidado com coto umbilical, trabalho de parto e violência obstétrica favoreceram as práticas em promoção de saúde e a sensibilização do homem no contexto gravídico, uma vez que se buscou refletir sobre a inclusão do pai no cuidado em saúde durante a gravidez até o puerpério. Ao analisar a vivência, percebe-se que as ações antes ofertadas no serviço de saúde estavam voltadas para a gestante e que não existem ações integrais e universais, conforme os princípios do SUS, que envolvam o homem como participante ativo no seu processo saúde/doença.

No entanto, essa realidade já deveria ser diferente por já existir uma política voltada para público masculino. Ao refletir sobre o que versa a PNAISH, constatam-se as fragilidades da Atenção Básica no que diz respeito à assistência do cuidado oferecido aos homens. Isso corrobora a situação encontrada no estudo, em que se abordam as dificuldades para a inserção dos homens na atenção primária⁽¹³⁾. Dentre elas, estão a ausência desse público no serviço, o *deficit* de capacitação dos profissionais sobre a temática, a escassez de conhecimento sobre a PNAISH pelos profissionais e, além disso, existe uma feminização no serviço que interfere no cuidado à saúde do homem⁽¹³⁾.

No entanto, fica claro para os profissionais de saúde que é preciso buscar estratégias para tornarem o homem visível no serviço, sendo necessário romper velhos paradigmas que impedem que o público masculino participe mais ativamente do seu cuidado e reflita sobre a sua situação de saúde^(14,15).

Interface: consulta de Enfermagem e Educação em Saúde

O uso de estratégias de educação em saúde é uma das competências necessárias para o trabalho do enfermeiro em que o profissional, como educador, conduz a transformação dos usuários inseridos no serviço, ampliando a capacidade de compreensão dos mesmos⁽¹⁶⁾. Desse modo, a educação em saúde pode ser usada como uma valiosa estratégia de promoção de saúde e de autocuidado, a partir do momento em que os indivíduos se conscientizam⁽¹⁷⁾.

O modelo de aconselhamento se configura como uma prática de saúde que integra a realidade do sujeito e a construção de respostas efetivas em prol da promoção de saúde⁽¹⁸⁾. Para o autor, existe o modelo de "aconselhamento relação", caracterizado pelo diálogo entre profissional e indivíduo, por se tratar de uma prática horizontal e democrática, incen-

tivando também a participação ativa do parceiro.

Essa participação ativa do parceiro no pré-natal possibilita a transformação de atitudes e habilidades relacionadas ao processo gravídico, bem como a conscientização sobre comportamentos preventivos relacionados às IST. Tal relação foi comprovada em um estudo que aborda a inclusão dos homens nos programas de cuidados de saúde das mulheres grávidas, sendo que essa participação é, de fato, sucesso para a melhoria do seu estado de saúde⁽¹⁹⁾.

As reflexões feitas sobre a participação do homem nos espaços de saúde serviram para mudanças de conceitos e perspectivas de cuidado pela profissional durante a consulta do pré-natal. No entanto, por mais que alguns autores abordem o processo de ensino-aprendizagem participativo e reflexivo dentro do serviço de saúde como um desafio, esse método permite modificar processos de trabalho nos quais o profissional está inserido⁽²⁰⁾.

No entanto, a formação profissional em saúde ainda está ligada ao preconceito relacionado à inserção do homem no serviço, prejudicando a consolidação dos preceitos da política nacional voltada para o homem⁽²¹⁾. A partir dessa experiência, realizar o pré-natal do parceiro permitiu refletir sobre a atuação profissional da Enfermagem Obstétrica e a construção de saberes voltados para a família e não somente para a gestante, ampliando o campo de cuidado e o conhecimento.

Limitação da experiência

Traz-se, portanto, como limitação desse estudo a falta de preparo dos profissionais de saúde e a organização do serviço de saúde que impossibilitou ter um espaço exclusivo para o atendimento e acolhimento dos homens na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, é necessário mudar a configuração dos serviços de saúde, envolvendo o homem na oferta de serviços, e que sejam ofertadas ações de educação em saúde mais atrativas, efetivas e voltadas para o público masculino.

Contribuição para a prática

Para a enfermagem, as ações de educação em saúde permitem: ampliar o acesso do usuário ao serviço de saúde, trabalhar na perspectiva da promoção de saúde e do autocuidado. Além disso, contribuem para a transformação dos usuários, aumentando sua capacidade de compreensão sobre o processo saúde/doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pré-natal masculino vem se mostrando como importante estratégia de incentivo à participação do homem no serviço de saúde, devendo ser implementado no serviço de Atenção Primária à Saúde, sendo que a educação em saúde se configura como um artifício de fortalecimento da atua-

ção do profissional que favorece a promoção de saúde e o autocuidado.

Sabe-se que, no contexto do pré-natal, os homens são vistos como pessoas invisíveis e que, na maioria das vezes, os serviços de saúde não têm exercido a função de atender às necessidades de integralidade do cuidado para esse público.

A Enfermagem Obstétrica tem a função de ampliar a visão sobre a participação do homem no pré-natal e contribuir para a construção de indivíduos mais autônomos. Assim, experiência permitiu ampliar o conhecimento sobre a atuação do enfermeiro na perspectiva do cuidado, bem como a inclusão do homem na abordagem no que diz respeito ao pré-natal, parto e puerpério, podendo diminuir os aspectos negativos para a saúde do binômio mãe e filho e, ainda, estender o cuidado ao homem.

É necessário que os enfermeiros, mais especificamente os obstetras, busquem ampliar suas competências voltadas para a saúde do homem, conheçam a PNAISH e modifiquem o seu campo de atuação. Este estudo abre possibilidades para novas pesquisas que envolvam a paternidade ativa. Sugere-se a realização de estudos que avaliem o serviço de pré-natal, na perspectiva do homem, de modo a investigar as facilidades e dificuldades das ações que envolvem a educação em saúde, para que se torne um serviço mais atrativo para os homens.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Climaco LCC, participou na concepção e delineamento do estudo. Vilela ABA, Boery EN, Yarid SD colaboraram na análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante ao conteúdo intelectual do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Eryl CM, Carvalho AS, Silva SFC. Política de saúde do homem. Rev Saude Publica. [Internet] 2012 [cited 2018 Aug 18]; 46 Supl 1:108-116. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso
- Ministério da Saúde (BR). Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da saúde; 2016.
- Costa SF, Taquette SR. Atenção à gestante adolescente na rede sus - o acolhimento do parceiro no pré-natal. J Nurs UFPE on line. [Internet] 2017 [cited 2018 Aug 21]; 11 (Supl5):2067-2074. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23360/18984>
- Ministério da saúde (BR). Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2009.
- Primo CC, Trevizani CC, Tedesco JC, Leite FMC, Almeida MVS, Lima EFA. Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal. Enferm em Foco. [Internet] 2015 [cited 2019 Nov 13]; 6 (1/4): 17-23. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/571/253>.
- Henz GS, Medeiros CRG, Salvadori M. Paternal inclusion during prenatal care. Rev Enferm Atenção Saúde Online. [Internet] 2017 [cited 2018 Aug 21]; 6(1):52-66. Available from: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2053/pdf_1
- Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. Texto Contexto Enferm. [Internet] 2013 [cited 2018 Aug 24]; 22 (1): 224-230. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=en&nrm=iso
- Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Cienc Saude coletiva. [Internet] 2014 [cited 2018 Set 24]; 19 (3): 847-852. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413812320140003000847&lng=en&nrm=iso

9. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA, Adam F. The man in primary healthcare: perceptions of nurses about the implications of gender in health. *Esc Anna Nery*. [Internet] 2014 [cited 2018 Sep 24]; 18 (4): 607-614. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400607&lng=en&nrm=iso
10. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. *Interface (Botucatu)*. [Internet] 2014 [cited 2018 Aug 15]; 18(Supl2):1299-1312. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601299&lng=en&nrm=iso
11. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin PS, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2018 [cited 2019 Oct 12]; 27(2): e3800016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200317&lng=en.
12. Colomé JS, Oliveira DLLC. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto contexto - enferm*. [Internet] 2012 [cited 2019 Oct 21]; 21(1):177-184. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100020&lng=en.
13. Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde. *Esc Anna Nery*. [Internet] 2014 [cited 2018 Aug 15]; 18(4): 615-621. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400615&lng=en&nrm=iso
14. Santana EM, Lima EMM, Bulhões JLF, Monteiro EMLM, Aquino JM. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. *Rev Min Enferm*. [Internet] 2011 [cited 2018 Aug 17]; 15(3): 324-332. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/41>
15. Storino LP, Souza KV, Silva KL. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. *Esc Anna Nery*. [Internet] 2018 [cited 2018 Aug 17]; 17 (4):638-645. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400638&lng=pt&nrm=iso
16. Regis CG, Batista NA. The nurse in the area of population health: concepts and competencies. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2015 [cited 2018 Aug 20]; 68(5):548-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/en_0034-7167-reben-68-05-0830.pdf
17. Richards MJ, Peters M, Sheeder J, Kaul P. Contraception and Adolescent Males: An Opportunity for Providers. *Journal of Adolescent Health*. [Internet] 2015 [cited 2019 Feb 06]; 58(3): 366 - 368. Available from: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00406-1/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00406-1/fulltext)
18. Galindo WCM, Francisco AL, Rios LF. A instrução e a relação como modos de aconselhamento em HIV/Aids. *Temas psicol*. [Internet] 2013 [cited 2018 Set 11]; 21(3):989-1004. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300014&lng=pt&nrm=iso
19. Karimiankakolaki Z, Mahmoodabad SSM, Kazemi A, Fallahzadeh H. Designing an educational intervention on second-hand smoke in smoker men on the exposure of pregnant wives: a protocol for a randomized controlled trial. *Reproductive Health*. [Internet] 2019 [cited 2019 Feb 06]; 16:11. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0673-1>
20. Andrade RS, Caldas LBSN, Falcao MLP, Goes PSA. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. *Trab Educ saúde*. [Internet] 2016 [cited 2018 Set 11]; 14(2):505-521. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200505&lng=en&nrm=iso
21. Moreira MCN, Gomes R, Ribeiro CR. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad Saúde Pública*. [Internet] 2016 [cited 2018 Set 11]; 32(4):e00060015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400710&lng=en&nrm=iso

INCIVILIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro¹

<https://orcid.org/0000-0001-5587-1098>

Sergio Valverde Marques dos Santos²

<https://orcid.org/0000-0001-9412-9515>

Sebastião Elias da Silveira³

<https://orcid.org/0000-0001-8779-8171>

Vanessa Augusto Bardaquim³

<https://orcid.org/0000-0003-2179-552X>

Marcia Andrade Queiroz Ozanam³

<https://orcid.org/0000-0003-3897-0304>

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi³

<https://orcid.org/0000-0003-2364-5787>

Objetivo: discutir sobre a incivildade no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem. Para isso, foram elaborados pontos norteadores para apoiar a reflexão do estudo, sendo eles: a civildade e a incivildade no trabalho e a incivildade no trabalho da enfermagem. **Desenvolvimento:** A incivildade não é um comportamento recente na enfermagem, é denominada como uma hostilidade ou violência horizontal, descrita como comportamento hostil, agressivo, por um enfermeiro ou grupo de enfermeiros, em direção a outro enfermeiro ou a um grupo, por meio de disputas internas, atitudes como rudeza ao falar com colega, resposta sarcástica, desrespeito às confidências e à privacidade. **Conclusão:** o comportamento incivil faz parte da rotina diária dos profissionais de enfermagem, causando prejuízo tanto para os trabalhadores como para a instituição de saúde. Torna-se importante que esse assunto seja amplamente discutido nas instituições, com foco na redução da incivildade entre os enfermeiros e demais profissionais da saúde.

Descritores: Incivildade; Trabalho; Enfermagem; Hospital; Saúde do trabalhador.

INCIVILITY IN THE NURSING WORK PROCESS

Objective: To discuss the incivility in the work process of nursing professionals. For this, guiding points were elaborated to support the reflection of the study, namely: civility and work incivility and nursing work incivility. **Development:** Incivility is not a recent behavior in nursing, it is termed as horizontal hostility or violence, described as hostile, aggressive behavior by one nurse or group of nurses toward another nurse or group through disputes. internal, attitudes such as rudeness in talking with colleague, sarcastic response, disrespect for confidentiality and privacy. **Conclusion:** Incivil behavior is part of the daily routine of nursing professionals, causing harm to both workers and the health institution. It is important that this issue be widely discussed in institutions, focusing on reducing incivility among nurses and other health professionals.

Descriptors: Incivility; Job; Nursing; Hospital; Worker's health.

INCIVILIDAD EN EL PROCESO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA

Objetivo: Discutir la incivildad en el proceso de trabajo de los profesionales de enfermería. Para esto, se elaboraron puntos de guía para apoyar la reflexión del estudio, a saber: civildad e incivildad laboral e incivildad laboral de enfermería. **Desarrollo:** La incivildad no es un comportamiento reciente en enfermería, se denomina hostilidad o violencia horizontal, descrita como comportamiento hostil y agresivo por una enfermera o grupo de enfermeras hacia otra enfermera o grupo a través de disputas. internas, actitudes como la grosería al hablar con un colega, la respuesta sarcástica, la falta de respeto a la confidencialidad y la privacidad. **Conclusión:** el comportamiento incivil es parte de la rutina diaria de los profesionales de enfermería, causando daño tanto a los trabajadores como a la institución de salud. Es importante que este tema sea amplamente discutido en las instituciones, enfocándose en reducir la incivildad entre las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Descritores: Incivildad; Trabajo; Enfermería; Hospital; Salud del trabajador.

¹Universidade Estadual de Londrina – UEL, PR

²Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG, MG

³Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP

Autor Correspondente: Sergio Valverde Marques dos Santos Email: sergiovalverdemarques@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos trouxeram diversos benefícios para a população, no entanto, tem causado a redução da qualidade de vida e da saúde de trabalhadores. Isto, devido as modificações do mundo globalizado, que têm ocasionado mudanças no estilo de vida e no ambiente de trabalho das pessoas⁽¹⁾.

Com isso, as atividades laborais são executadas de maneira forçada e sobrecarregada, gerando insatisfação e favorecendo a ocorrência de doenças nos ambientes laborais. Fatores contemporâneos como jornadas incessantes, ambiente hostil e estressante, rodízios frequentes de turnos de trabalho, dentre outros, que estão presentes nos ambientes hospitalares são que tem afetado o trabalhador, entre eles, os profissionais de enfermagem, com impactado nas condições físicas e mentais⁽²⁻³⁾.

O processo de trabalho dos enfermeiros possui características que agrupam fatores que podem causar danos à saúde física e mental. As longas jornadas de trabalho, trabalho noturno, posturas inadequadas, exposição às radiações, manuseio de produtos químicos, exposição às doenças, desgaste físico e mental, remuneração inadequada, falta de prestígio social, entre outros, são fatores que estão constantemente presentes na vida laboral desses trabalhadores e que podem favorecer um comportamento incivil⁽⁴⁾.

A incivilidade no local de trabalho é percebida por meio de manifestações de ação rude, falta de respeito para com os outros no local de trabalho e também pelo desrespeito das regras, pelo comportamento descortês, o oposto do comportamento civilizado⁽⁵⁾.

Normalmente, a incivilidade é dirigida a um colega de trabalho, que pode ser alguém com menos poder em relação a uma pessoa em situação de poder. Este tipo de comportamento incide, também, sobre profissionais recém-formados e, ainda, sobre os graduandos de enfermagem, por serem considerados mais suscetíveis, principalmente por serem mais jovens, com menor experiência de vida pessoal e profissional e por serem mais inibidos para o confronto⁽⁶⁻⁷⁾.

Os comportamentos incivis que mais têm aparecido entre os enfermeiros envolvem gritar com o colega, criticar, espalhar boatos sobre ele, faltar-lhe com o apoio. Estes comportamentos diferem de *bullying* e assédio moral, pois além dessas características anteriormente citadas, é acompanhado de intimidação e abuso psicológico, os quais ocorrem de forma repetitiva⁽⁷⁻⁸⁾.

No ambiente hospitalar, os profissionais de enfermagem estão em constantes trocas de relações interpessoais. Estas relações, muitas vezes, são cheias de sentimentos que chegam ao sofrimento, pelas situações vivenciadas, mani-

festadas com raiva, humilhação, vergonha, tristeza, angústia, ansiedade, não valorização do trabalho, depressão e descontentamento laboral⁽⁹⁾.

A incivilidade é "cara", dispendiosa para os locais onde elas acontecem e poucas são as instituições que a reconhecem e apresentam medidas para minimizá-las ou redimi-las e, ainda, que a incivilidade tem repercussões sobre a produtividade e, também, sobre o custo da perda de produtividade⁽¹⁰⁾.

Frente ao exposto, percebe-se que o comportamento incivil é real nas instituições de saúde, principalmente no ambiente laboral dos enfermeiros. Entretanto, nota-se ainda uma limitação de pesquisas sobre esse tema no Brasil, assim como na literatura internacional⁽⁷⁻⁸⁾. Diante disso, justifica-se a realização deste estudo, devido a insuficiência de conhecimento nacional sobre esta temática, evidenciando uma lacuna no conhecimento sobre o assunto e a sua originalidade no país.

Com isso, neste estudo objetivou-se discutir sobre a incivilidade no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem, por meio de um ensaio teórico e reflexivo sobre esta abordagem. Para isso, foram elaborados pontos norteadores para apoiar a reflexão do estudo, sendo eles: civilidade e incivilidade no trabalho e incivilidade no trabalho da enfermagem.

DESENVOLVIMENTO

Civilidade e incivilidade no trabalho

A palavra civilidade origina-se do idioma latino *civile*, designando o habitante da cidade - *civitate*. Com a agregação dos seres humanos e diante do raciocínio e consciência do Eu, iniciaram-se as relações humanas, tornando-se necessário haver o respeito entre as pessoas, surgindo a codificação das regras de convívio social⁽¹¹⁾.

O entendimento de civilidade é proporcional à ética, à modernidade, à renovação, à educação; se uma pessoa apresenta como prerrogativas um comportamento civil, ela necessita ser cordial e bem educada, tanto nas ações quanto no comportamento. O conceito de pessoa moral aplica-se quando ela compõe uma coletividade; nesse sentido a moral harmoniza-se com a ética e o respeito, elementos básicos para se ter um grupo civilizado⁽¹¹⁾.

Ser civil significa ter um comportamento que demonstra cortesia, sensibilidade e consideração pelos outros; no local de trabalho, ajuda a preservar as normas do respeito mútuo e torna-se essencial para o desenvolvimento de confiança, empatia e de relações interpessoais positivas⁽¹²⁾.

Em uma comunidade e no trabalho, espera-se que as pessoas que sejam tratadas com algum grau de respeito e cortesia. Na ausência dessas qualidades do tratamento entre as pessoas, a incivilidade prevalece. A incivilidade é uma

palavra que tem raízes na palavra latina antiga incivilidade, a qual significa uma falta de civilidade, ou seja, de comunidade ou cidade⁽¹³⁾.

O termo “incivilidade” refere-se às frequentes erupções de desordem, manifestações de difícil identificação, mescladas no cotidiano, sendo compreendida, como as transgressões no cotidiano, violações do código de boas maneiras. Não são consideradas ações ilegais, mas desrespeito à ordem determinada na vida cotidiana. Assim, as expressões de incivildades dão-se por quebras de convívio em harmonia que sinalizam uma ruptura com as normas e valores sociais convencionais. No entanto essa ruptura, trazida pelas incivildades, vai além das regras, atingindo também as expectativas em relação à convivência e os pactos sociais que perpassam as relações humanas, questões que, se supõe, sejam aprendidas desde a infância⁽¹⁴⁾.

A incivilidade é considerada uma descortesia deliberada em direção ao outro, definida como um ato de agressão, tal como, abuso verbal ou emocional ou ainda físico, sutil ou real, de um colega para com os outros. É um tipo de mau trato, uma atitude rude como ignorar alguém, interromper quem está falando, creditar para si uma ideia de outro, propalar boatos e realizar a violação não intencional de normas sociais⁽¹⁵⁾.

No ambiente laboral a incivilidade é definida como um comportamento com a intenção de prejudicar o alvo, em violação de padrões de trabalho ou da consideração e do respeito pelos outros⁽¹⁶⁾. Pode ser descrita como um comportamento desagradável/insociável de baixa intensidade, pois é considerado de menor magnitude em termos de força, como outras agressões, fornece muito incomodo e inquietação para o alvo⁽¹⁷⁾.

Constitui-se em um fenômeno inerente ao ambiente social laboral e apresenta implicações importantes para o bem estar psicológico dos trabalhadores⁽¹⁸⁾. Pode se manifestar por meio de comportamentos do tipo exclusão de pessoas, fofoca, sarcasmo, hostilidade e, até, agressão, também denominado de comportamento destrutivo⁽¹⁹⁾.

Com base nesse olhar, as vítimas de incivilidade mostram maior estresse no trabalho, distração cognitiva, angustia psicológica, menor satisfação laboral e, em última análise, são mais propensas para deixar a instituição⁽²⁰⁾. A diminuição da incivilidade no local de trabalho, apresenta efeitos positivos sobre a saúde mental dos trabalhadores⁽¹⁶⁾.

Incivilidade no trabalho da enfermagem

A incivilidade não é um comportamento recente na enfermagem. Ela ocorre e é denominada como uma hostilidade ou violência horizontal, descrito como comportamento hostil,

agressivo, por um enfermeiro ou grupo de enfermeiros, em direção a outro enfermeiro ou a um grupo, por meio de disputas internas, com atitudes como rudeza ao falar com colega, resposta sarcástica, desrespeito às confidências e à privacidade^(16,21).

Sabe-se que os perpetradores desses comportamentos destrutivos, em geral encontram-se no topo hierárquico, são médicos, enfermeiros, gerentes de unidades, além de profissionais que estão há mais tempo no serviço, com estabilidade no emprego e experiência clínica reconhecida⁽²²⁾.

Entre enfermeiros, atos de incivilidade – como os abusos verbais – parecem ser impostos mais entre os que se encontram em início de carreira, que são mais vulneráveis aos efeitos desse abuso imposto por seus próprios colegas. Outro aspecto é que em ambientes com condições de trabalho desfavoráveis, os enfermeiros que ali atuam tendem a ter atitudes de trabalho menos favoráveis, com seus colegas mais vulneráveis, facilitando a ocorrência de situações abusivas⁽²³⁾.

A incivilidade no local de trabalho, relacionado ao enfermeiro, tem sido discutido constantemente nos Estados Unidos, inclusive durante a formação e em atividades práticas nas unidades hospitalares. Tem-se que enfermeiros recém-formados, recebem atos de incivilidade de supervisores ou enfermeiros já com mais tempo de trabalho ou, ainda, o enfermeiro pode ser vítima da incivilidade de um colega de igual função^(7,21).

A incivilidade entre enfermeiros pode levar à rotatividade de trabalhadores e, até, a um mal atendimento ao paciente e outras reações indesejáveis como, vergonha e constrangimento. O descontentamento com o local de trabalho pode ser um dos fatores responsáveis pela rotatividade⁽²⁴⁾.

O autor do comportamento incivil não quer diretamente prejudicar ninguém, porém tal atitude pode induzir ao assédio moral e à violência, decorrendo em graves danos ao trabalhador, com insatisfação e ineficácia no trabalho, sobretudo nos de enfermagem⁽¹²⁾.

Na enfermagem, a exposição dos trabalhadores à violência no trabalho tem sido vinculada aos problemas de saúde nessas pessoas, os quais resultam em danos físicos, manifestações emocionais, transtornos e distúrbios psíquicos; acresce-se que ainda influencia o desempenho do trabalhador, bem como a sua dimensão familiar e social⁽²⁵⁾. Em especial na profissão de enfermagem com suas diversas categorias de trabalhadores, os atos de incivilidade podem ser lesivos à saúde dos que são por eles afetados⁽²⁶⁾.

Evidências demonstram que a incivilidade entre enfermeiros no trabalho provoca prejuízos para os trabalhadores e organizações. Enfermeiros que se sentem desrespeitados com

a diminuição da produtividade, tornam-se menos criativos, diminuem a qualidade e o esforço no trabalho e ocorre um aumento no absenteísmo, casos de *burnout* e rotatividade^(10,21,27).

Em um estudo fenomenológico realizado na Coreia, com estudantes de enfermagem, com o objetivo de avaliar a natureza e experiência de incivilidade enquanto estudantes na prática clínica. Os resultados indicaram que os estudantes de enfermagem vivenciam incivilidade de diferentes perpetradores, como, funcionários, pacientes e familiares de pacientes, durante a prática clínica⁽²⁸⁾.

Em uma pesquisa que investigou a incivilidade entre enfermeiras e mães de família em três hospitais de Mashhad, Irã, constatou-se que, pelo menos, 28,8% dos enfermeiros relataram uma forma de incivilidade em seu local de trabalho por um ou dois momentos, tais como fofocas, comportamento hostil, violação de privacidade, comportamentos estes de seus superiores⁽²⁷⁾.

Na área da saúde, sabe-se que o processo de trabalho é desenvolvido com importante interação social, envolvendo necessidades que incluem trabalhadores do setor, gestores e pacientes. Essa interação é determinada pelas condições laborais e fatores humanos que influenciam os resultados da prestação de serviços e a segurança dos pacientes. No entanto, nos dias atuais, são identificadas fraquezas de valores, atitudes, competências e comportamentos, que podem interferir na segurança das organizações de saúde e influenciar o processo de incivilidade entre os profissionais⁽²²⁾.

A civilidade entre os profissionais de enfermagem é um elemento importante, para que sejam alcançados resultados positivos para os pacientes. Os profissionais de enfermagem com comportamentos adequados apresentam atitudes respeitadas, deliberadas e compassivas, favorecendo a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço de saúde.

Para isso, torna-se necessária uma formação profissional capaz de responder às necessidades de saúde da população e os seus preceitos éticos e legais, mesmo diante de comportamentos incivis⁽²⁹⁻³⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os comportamentos incivis fazem parte da rotina diária dos profissionais de enfermagem. Este comportamento tem causado prejuízo tanto para os trabalhadores como para a instituição de saúde.

Por isso, percebe-se a necessidade de ampliar a discussão desse tema para as instituições e profissionais de saúde. Com isso, os enfermeiros, em função de gerência, podem promover melhorias em seu local de trabalho, assim como para a qualidade do trabalho de sua equipe, por meio da interação entre grupos e profissionais oprimidos.

Além disso, faz-se necessário a aceitação das instituições de saúde a respeito da presença de incivilidade no ambiente laboral dos profissionais. Uma vez que tal comportamento, prejudica a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço de saúde.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro e Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, com a concepção e projeto, participação ativa na discussão; Sérgio Valverde Marques dos Santos e Sebastião Elias da Silveira, com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Vanessa Augusto Barदाquim e Marcia Andrade Queiroz Ozanam, com a revisão e aprovação final da versão a ser publicada; Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi com a concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações.

REFERÊNCIAS

1. Almeida GFP, Ribeiro MHA, Silva MACN, Branco RCC, Pinheiro FCM, Nascimento MDSB. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. Rev Bras Med Trab [Internet]. 2016 [acesso 2018 jul 05];14(1):37-44. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/21/pt-BR/patologias-osteomusculares-como-causa-de-aposentadoria-por-invalidez-em-servidores-publicos-do-municipio-de-sao-luis--maranhao>
2. Huebra PM, Ribeiro CA, Crescencio LNP, Sampaio RMF, Silva RMGC, Martins WSO et. al. Condições de saúde mental e física do trabalhador. Anais do IV Seminário Científico da FACIG [Internet]. 2018. [acesso 2020 fev 13]. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semariocientifico/article/view/782>
3. Porto JS, Marziale MHP. Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [acesso 2020 fev 13];37(2):e57395. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57395>
4. Versa GLGS, Matsuda LM. Satisfação profissional da equipe de enfermagem intensivista de um hospital de ensino. Rev. Enferm. UERJ [Internet]. 2014 [acesso 2018 jul 12];22(3):409-15. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a19.pdf>
5. Azizan HM, Razlina HJ. Relationship between workplace incivility, job attitudes and Muslim religiosity personality among trade union members. Global Journal Al-Thaqafah [Internet]. 2015 [acesso 2020 fev 13];5(2):43-51. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/288827333_Relationship_between_Workplace_Incivility_Job_Attitudes_and_Muslim_Religiosity_Personality_among_Trade_Union_Members

6. Vessey JA, Demarco RF, Difazio R. Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: The state of the science. *Annual Review of Nursing Research*. 2011;28(1):133-57.
7. Macnamara SA. Incivility in nursing: unsafe nurse, unsafe patients. *AORN Journal* [Internet]. 2012 [acesso 2018 jul 20];95(4):535-40. Disponível em: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.aorn.2012.01.020>
8. Clark CM, Ahten SM. Begning the conversation: the nurse educator's role in preventing incivility in the workplace. *Georgia Nursing* [Internet]. 2012 [acesso 2018 jul 20];72(3):16-7. Disponível em: https://scholarworks.boisestate.edu/nursing_facpubs/87/
9. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implications of moral distress on nurses and its similarities with burnout. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 2018 jul 26];21(1):200-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71422299023.pdf>
10. Porath C, Pearson C. The price of incivility lack of respect hurts morale – and the bottom line. *Harvard Business Review*. 2013;91(1/2):114-21.
11. Hollanda SB. *Raízes do Brasil*. 26 ed. São Paulo, SP: Companhia das Letras; 1995.
12. Pearson CM, Andersson LM, Porath CL. Workplace incivility. In: Fox S, Spector PE. (Ed.). *Counterproductive work behaviour: investigations of actors and targets*. 1 ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
13. Connelly RJ. Introducing a culture of civility in first-year college classes. *The Journal of General Education* [Internet]. 2009 [acesso 2018 Set 10];58(1):47-68. Disponível em: <https://muse.jhu.edu/article/266050/pdf>
14. Garcia J. Indisciplina, incivilidade e cidadania na escola. *Educ Temát Digit* [Internet]. 2006 [acesso 2018 Set 10];8(1):121-30. Disponível em <http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/19764/ssoar-etd-2006-1-garcia-indisciplina.pdf?sequence=1>
15. Peters AB. Faculty to faculty incivility: experiences of novice nurse faculty in academia. *Journal of Professional Nursing* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Set 15];30(3):213-27. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S875572231300152X>
16. Laschinger HKS, Wong CA, Cummings GG, Grau AL. Resonant leadership and workplace empowerment: The value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. *Nursing Economics* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Set 20];32(1):5-16. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/a174b4696b0a03f61b1fb55ed5e54b8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30765>
17. Vickers MH. Writing what's relevant: Workplace Incivility in public administration – a wolf in sheep's clothing. *ATP* [Internet]. 2006 [acesso 2018 Set 21];28(1):69-88. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10841806.2006.11029525>
18. Nitzsche M. (In)Civildade no trabalho: Escalas de Medida e Efeitos no Burnout e Engagement. *Dissertação*. Psicologia Clínica e de Aconselhamento. [Internet]. 2016. [acesso 2020 fev 13]. Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/2545>
19. Schilpzand P, Plater IE, Erez A. Workplace incivility: a review of the literature and agenda for future research. *J Organiz Behav* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Out 05];37(S):57-88. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/job.1976>
20. Cortina LM, Magley VJ. Patterns and profiles of response to incivility in the workplace. *Journal of Occupational Health Psychology* [Internet]. 2009 [acesso 2018 Out 09];14(3):272-88. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2009-09794-005>
21. Becher J, Visovsky C. Horizontal violence in nursing. *Medsurg Nursing* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Out 11];21(4):210-39. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Constance_Visovsky/publication/230831024_Horizontal_violence_in_nursing/links/57ac75b508ae7a6420c2e593.pdf
22. Oliveira RM, Silva LMS, Guedes MVC, Oliveira ACS, Sánchez RG, Torres RAM. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Out 11];50(4):695-704. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/0080-6234-reeusp-50-04-0695.pdf>
23. Budin WC, Brewer CS, Chao YY, Kovner C. Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2013 [acesso 2019 Jan 10];45(3):308-16. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jnu.12033>
24. Leiter MP, Day A, Oore DG, Spence Laschinger HK. Getting better and staying better: Assessing civility, incivility, distress, and job attitudes one year after a civility intervention. *Journal of Occupational Health Psychology* [Internet]. 2012 [acesso 2019 Jan 10];17(4):425-34. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2012-27459-004>
25. Bordignon M, Monteiro MI. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jan 20];69(5):939-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133>
26. Mammen B, Hills DJ, Lam L. Newly qualified graduate nurses' experiences of workplace incivility in Australian hospital settings. *Collegian* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jan 20];25(6):591-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769618300581>
27. Heydari A, Rad M, Rad M. Evaluating the incivility between staff nurses and matrons employed in Iran. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Nis* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Jan 21];32(2):137-46. Disponível em: <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/afmnai.2015.32.issue-2/afmnai-2015-0014/afmnai-2015-0014.pdf>
28. Park KO, Kim JK. Experience of Incivility to Nursing Students during Clinical Practice. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration* [Internet]. 2017 [acesso 2020 fev 13];23(5):524. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jkana.201723.5.524>
29. Oja KJ. Incivility and Professional Comportment in Critical Care Nurses. *AACN Advanced Critical Care* [Internet]. 2017 [acesso 2020 fev 14];28(4):345-350. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29212641>
30. Brito FMM, Rozendo CA, Sobral JPCP. O laboratório de enfermagem e a formação crítica do enfermeiro: uma reflexão. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [acesso 2020 fev 14];9(1): 36-40. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1859>

Enferm Foco vol 10 no.6 Brasília nov/dez 2019 Epub mai 2020

Eletrônico ISSN: 2357-707X - Impresso ISSN: 2177-4285

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2594>

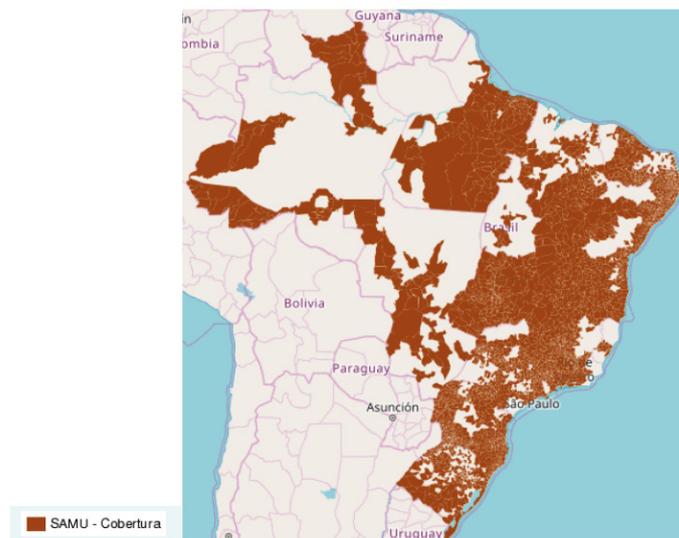
No artigo 23 “Enfermagem em práticas avançadas no atendimento pré-hospitalar: oportunidade de de ampliação do acesso no Brasil” com número de

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2594>

Publicado na Revista Enfermagem em Foco, vol.10(6): 157-164.

Na página 160 - figura 1 onde se vê

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)

Leia-se

Figura 2: Evolução do número de municípios cobertos e da distribuição das unidades móveis de SBV e SAV do SAMU 192. Brasil, 2013-2018.

