



Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



VOLUME 11, NÚMERO 3, 2020

04

Editorial

PESQUISA SOCIAL QUALITATIVA PARA COMPREENSÃO DA COVID-19

06

Artigo 1 - Revisão Integrativa

HABILIDADE EMPÁTICA E SEU APRENDIZADO EM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Leticia Serra Rondon, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

15

Artigo 2 - Original

FORMAÇÃO POLÍTICA DO ENFERMEIRO NA GRADUAÇÃO: ÓTICA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM.

Maria da Conceição Coelho Brito, Ana Kézia Cunha de Queiroz, Maria Socorro de Araújo Dias, Maria Adelane Monteiro da Silva, Dirce Stein Backes, Marina Pereira Moita

22

Artigo 3 - Revisão Integrativa

CENÁRIO DA ENFERMAGEM FORENSE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA E NA PESQUISA

Jhuliano Silva Ramos de Souza, Andreia Cristina Barbosa Costa, Sueli de Carvalho Vilela

30

Artigo 4 - Relato de Experiência

COMPETÊNCIAS DO INTERNO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À GESTANTE

Antônia Tainá Bezerra Castro, Quitéria Larissa Teodoro Farias, Maria Adelane Monteiro da Silva, Ana Jessyca Campos Sousa, Mayara Nascimento de Vasconcelos, Maristela Inês Osawa Vasconcelos

35

Artigo 5 - Original

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE ENFERMAGEM: O QUE DIZEM OS ENFERMEIROS PRECEPTORES

Elaine Cristina Dias Franco, Vânia Aparecida da Costa Oliveira, Briene Leandro Lopes, Victoria da Cunha Avelar

41

Artigo 6 - Original

IMPACTO NO TRABALHO DE UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO A DISTÂNCIA EM GESTÃO EM SAÚDE

Tarcisio Laerte Gontijo, Marina Nagata Ferreira, Juliano Teixeira Moraes, Sebastião Junior Henrique Duarte, Carolina Fernandes Santos

48

Artigo 7 - Original

PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O PROCESSO MORTE E MORRER: IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Christiane Teresa Aleixo dos Santos, Suelen Da Silva Miranda (in memorian), Karina De Oliveira Freitas, Esleane Vilela Vasconcelos

54

Artigo 8 - Original

O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES

Aline Mesquita Lemos, Helder de Pádua Lima, Maria Salete de Bessa Jorge, Lourdes Suelen Pontes Costa, Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha

61

Artigo 9 - Original

PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE A UTILIZAÇÃO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO

Antonio Germane Alves Pinto, Daniele Gomes da Silva, Estephani Vitorino Correia da Silva, João Paulo Xavier Silva, José Adelmo da Silva Filho, Pedro Paulo Rodrigues, Rachel Cardoso de Almeida

69

Artigo 10 - Original

RESILIÊNCIA NO TRABALHO E FATORES ASSOCIADOS EM TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Franciele Ormizinda Almeida, Emanuelli Mancio Ferreira da Luz, Patrícia Bitencourt Toscani Greco, Juliana Dal Ongaro, Bruna Xavier Moraes, Luiza Dressler Sabin, Otavio Ferreira Moraes

68

Artigo 11 - Original

ESTRESSE E RESILIÊNCIA NO TRABALHO EM SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Gabrieli Rossato, Juliana Dal Ongaro, Emanuelli Mancio Ferreira da Luz, Luiza Dressler Sabin, Patrícia Bitencourt Toscani Greco

87

Artigo 12 - Original

MELHORES PRÁTICAS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Mônica Ludwig Weber, Carine Vendruscolo, Edlamar Kátia Adamy, Clarissa Bohrer da Silva

93

Artigo 13 - Relato de Experiência

O PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NO SETOR DE HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Giulia Magalhães Mendonça Reis Ribeiro, João Victor Lima da Silva, Maritza Consuelo Ortiz Sanchez, Érica Brandão de Moraes, Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

98

Artigo 14 - Original

ESTRESSE PSICOSSOCIAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS À LUZ DOS ESTRESSORES DE NEUMAN

Laércio Deleon de Melo, Ana Francis Moura Fernandes Shubo, Loiane Aparecida de Freitas Silva, Josilene Sobreira Rodrigues, Isabella Lima Silva Teixeira, Giane Aparecida Delfino Neves, Denicy de Nazaré Pereira Chagas

106

Artigo 15 - Original

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES, FAMILIARES E PROFISSIONAIS COM O TRATAMENTO

Aline Esteves Pacheco, Clarice de Lourdes Enes, Marco Túlio Resende Clementino, Vinicius Silva Belo, Sebastião Júnior Henrique Duarte, Richardson Miranda Machado

114

Artigo 16 – Original

ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA: ATITUDES DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Elisângela Tavares Bezerra, Noéle de Oliveira Freitas, Fernanda Amendola

123

Artigo 17 – Original

IMPLICAÇÕES DA SIMULAÇÃO NA AUTOCONFIANÇA E CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: QUASE EXPERIMENTO

Layse Farias Nava, Marcia Cristina da Silva Magro

129

Artigo 18 – Original

ANÁLISE DOS RESULTADOS DO ÚLTIMO LAUDO CITOPATOLÓGICO DE PACIENTES COM PAPANICOLAOU EM ATRASO

Nathanael de Souza Maciel, Francisco Jardsom Moura Luzia, Diego da Silva Ferreira, Maria Charlianne de Lima Pereira Silva, Davide Carlos Joaquim, Leilane Barbosa de Sousa

136

Artigo 19 – Original

ANÁLISE DAS UNIDADES DE VACINAÇÃO PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE

Jéssica Oliveira da Cunha, Mateus Menezes Bispo, Lays Hevécia Silveira de Farias, Glebson Moura Silva, Andreia Freire de Menezes, Allan Dantas dos Santos

144

Artigo 20 – Original

CONTÁGIO INTRADOMICILIAR E STATUS VACINAL ENTRE COMUNICANTES DE PORTADORES DO VÍRUS DA HEPATITE B

Candida Maria Abrahão de Oliveira, Alex Junior Souza de Souza, Maria de Jesus de Sousa Brasil, Manoel do Carmo Pereira Soares, Heloisa Marceliano Nunes, Márcio Roberto Teixeira Nunes

152

Artigo 21 – Original

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ESPACIAIS DE ESCOLARES AVALIADOS NA CAMPANHA NACIONAL DE HANSENÍASE EM SOBRAL - CEARÁ, BRASIL

Vitória Ferreira do Amaral, Maria Socorro Carneiro Linhares, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Sandra Maria Carneiro Flor, Luiza Jocymara Lima Freire Dias, Ana Suelen Pedroza Cavalcante, Rosa Livia Freitas de Almeida, Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

161

Artigo 22 – Original

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE IDOSOS HOSPITALIZADOS NO SETOR DE EMERGÊNCIA

Luíza Bruna Freire Sampaio, Andréa Carvalho Araújo Moreira, Francisco Eduardo Silva de Oliveira, Iane Ximenes Teixeira, Natália Frota Goyanna, Vitória Lídia Pereira Sousa

170

Artigo 23 – Original

DOENÇA ONCOLÓGICA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM UNIDADE DE REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA

Mayrla Santana Picanço, Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua, Francineide Pereira da Silva Pena, Maria Virginia Filgueiras de Assis Mello, Walter de Souza Tavares

177

Artigo 24 – Original

EFEITOS ADVERSOS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Livia de Souza Gonçalves, Luciano Garcia Lourenção, Margaret Ártico Baptista, Jacqueline Flores de Oliveira, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Claudia Eli Gazetta

187

Artigo 25 – Original

AUTORELATO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO SEU COTIDIANO COM A DIABETES MELLITUS: ESTUDO NARRATIVO

Kananda Karla Andrade Freitas, Pâmella Uaqui Alvino dos Santos, Manuela Costa Melo, Ana Socorro de Moura, Lara Mabelle Milfont Boeckmann, Luz Marina Alfonso Dutra

195

Artigo 26 – Original

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES GESTANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL

Silas Santos Carvalho, Ludmila Freitas de Oliveira

202

Artigo 27 – Original

HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO DE PARTO NORMAL

José Wellington Silva De Moura, John Carlos De Souza Leite, Vinicius Rodrigues de Oliveira, João Paulo Xavier Silva

209

Artigo 28 – Original

CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA SOBRE SEPSE

Erick Guilherme Claudino Ferreira, Cassia Regina Vancini Campanharo, Luiz Humberto Piacuzzi, Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes Rezende, Ruth Ester Assayag Batista, Carla Roberta Monteiro Miura

218

Artigo 29 – Original

NÍVEL DE CONFORTO NA DIMENSÃO SEGURANÇA DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Edineia Miranda Machado, Tatiana Brusamarello

224

Artigo 30 – Original

AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO ESTRUTURA PARA A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Raissa Mont'Alverne Barreto, Izabelle Mont' Alverne Napoleão Albuquerque, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Jamilly Coelho Teixeira Braga, Rayanne Branco dos Santos Lima

PESQUISA SOCIAL QUALITATIVA PARA COMPREENSÃO DA COVID-19

Social and qualitative research to understand the COVID-19
Investigación social cualitativa para comprender la COVID-19

Maria Cecília de Souza Minayo

Pesquisadora Emérita da Fundação Oswaldo Cruz

Email: maminayo@terra.com.br

<https://orcid.org/0000-0001-6187-9301>

A pesquisa qualitativa tem como matéria prima um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: *experiência, vivência, senso comum e ação* que, por sua vez, expressam valores, crenças e representações sociais. O movimento que informa qualquer olhar ou análise por meio dessa abordagem, se baseia em três verbos: *compreender, interpretar e dialetizar* (Minayo, 2012; 2019). Qualquer questão humana pode ser objeto de estudos qualitativos. E essa utilidade é profundamente produtiva quando se trata de saúde ou doença, e se aplica como luva às questões relativas à COVID-19.

Enquanto o mundo biomédico mundial se instiga, investiga, pergunta-se e se desmente em relação ao novo coronavírus, até o momento, apenas algumas de suas descobertas e recomendações são consideradas seguras, assertivas e inquestionáveis: lavar as mãos e passar álcool gel nelas e nos lugares de contato, promover o confinamento em casa e manter o distanciamento social. O usar máscara, primeiro recomendado apenas para profissionais de saúde, passou a fazer parte desse consenso e se tornou universal. É preciso ressaltar que todos os procedimentos e práticas recomendadas são objeto das ciências sociais (e não das ciências biomédicas) e são tema preferencial da pesquisa qualitativa.

Enquanto os grandes pesquisadores das ciências *hard* observam o comportamento do vírus e buscam combatê-lo com medicamentos e vacinas, eles próprios, cotidianamente e rotineiramente repetem o mantra da necessidade da população agir com atitudes e práticas para conter a exposição e a contaminação pelo vírus. Há neste momento histórico um encontro das ciências biomédicas com o comportamento coletivo. Ao lado da corrida e das perspectivas sobre medicamentos e vacinas eficazes, muitas perguntas que hoje nos afligem são parte das ciências *soft* e deveriam ser endereçadas aos sociólogos e antropólogos.

Eis algumas indagações que, em geral, nos fazemos: por que determinados países estão sendo capazes de agir de forma eficiente e conter o vírus? por que em alguns lugares

a sociedade obedece às autoridades sanitárias e conseguem vencer a pandemia? Por que em outros contextos culturais é comum em determinados segmentos sociais e etários desconhecer as regras de prevenção, como se as pessoas fossem invencíveis? De onde vem o negacionismo das autoridades de alguns países? Que relação existe entre o exemplo negacionista, a assertividade das orientações e o alastramento dessa doença infecciosa? Quais as experiências vividas pelas pessoas que se curaram, que perderam seus entes queridos e que lições elas aportam para a sociedade? Que valores, opiniões e crenças atrapalham o enfrentamento da pandemia e quais os que propiciam seu melhor enfrentamento? Como determinados grupos de pessoas (profissionais liberais, pessoas em *home office*, trabalhadores da indústria e dos serviços, casais, crianças, jovens, idosos estão vivenciando o confinamento social? Qual o sentido dessas experiências para o amanhã da sociedade? Como os trabalhadores das atividades essenciais estão se protegendo e vivenciando seus medos? Como as diferentes categorias de profissionais do setor saúde, atuando na linha de frente dos ambulatórios, hospitais e UTI, estão encarando sua missão neste momento tão difícil? O que eles teriam a dizer sobre o apoio material, profissional e humano que estão ou não recebendo? Como as mortes dos colegas os afetam? Em que a gestão da pandemia pelos profissionais de saúde poderia ajudar a aprimorar o SUS? Por que políticos e gestores, mesmo frente a uma doença tão cruel se corrompem e roubam o dinheiro que deveria ser dedicado a seu enfrentamento?

A lista de temas poderia continuar e bater em temas sociológicos indeclináveis como a exacerbação das desigualdades de classe, entre homens e mulheres, entre categorias de trabalhadores da saúde, dentre outras; as condições aglomeradas das habitações dos pobres; a falta de saneamento básico; e o uso político da pandemia à revelia das mortes e do sofrimento coletivo.

Em resumo, quero assinalar neste editorial que, se há um significado nessa pandemia, é seu enorme potencial

de levantar, do ponto de vista pessoal, muitas indagações sobre a precariedade de nossas vidas, de nossos comportamentos, de nossos relacionamentos, de nossos medos, inclusive, de nosso encontro inesperado com a morte. Do ponto de vista coletivo, ela ressalta a gravidade dos problemas sociais, a imensa quantidade de brasileiros sem proteção e desempregados, e nossos deficits culturais, educacionais e materiais.

Mas, eu não posso deixar passar despercebido que, do ponto de vista epistemológico, a COVID-19 provocou o encontro perfeito entre a macro e a micro realidade que a ciência pesquisa. O vírus acomete cada indivíduo em sua idiossincrasia: no que traz de medo e coragem, de resistência ou de entrega: o vírus se adequa. Por isso, junto com os filósofos da teoria da complexidade, não vejo determinações e sim um movimento recursivo entre o biológico, o social e o emocional (Morin, 2000). É nessa corrente compreensiva que qualquer pesquisa qualitativa sobre o novo coronavírus precisa caminhar.

Nas *experiências* é preciso buscar o entendimento de como o indivíduo compreende a si mesmo e seu lugar no mundo, o que se expressa na linguagem organizada pela cultura, por meio do *senso comum*. O senso comum, diferentemente do definido pelo positivismo como “pré-conceito”, é de um lado, a mola de *ação* dos seres humanos; de outro, a matéria prima da pesquisa social qualitativa. O conceito de *ação* aqui utilizado, está vinculado à noção

de liberdade para agir, construir e transformar o mundo (Weber, 1994). Mundo esse que, para Heidegger (1988), não constitui um lugar e sim um complexo formado pela significação das experiências que fazem do ser humano um ser histórico.

O estudo das *vivências* trabalha com a reflexão sobre a experiência, o que depende da personalidade, da história existencial, da participação social e de outros elementos mais sutis que marcam a pessoa. Suas singularidades se expressam na experiência e na vivência de uma biografia que se desenvolve no contexto da história coletiva, comunitária e institucional (Bourdieu, 1972). Por isso a primeira lição dialética aqui a celebrar é que a realidade humana é simultaneamente individual e social. Mas é igualmente parcial e inacabada, portanto, não pode existir pretensão de alcançar a verdade (Heidegger, 1988). É nesse domínio que se move a pesquisa qualitativa, em suas possibilidades e limitações para compreender e interpretar fenômenos tão complexos, tão mutantes, e tão metafóricos como o novo coronavírus.

Descritores:

Pesquisa qualitativa; COVID-19; Sociologia compreensiva.

Qualitative research; COVID-19; Comprehensive sociology.

Investigación cualitativa; COVID-19; Sociología comprensiva.

Referências

Bourdieu, P. (1972). *Ésquisse d'une théorie de la pratique*. Paris: Librairie Dorz.

Heidegger, M. (1988). *Ser e tempo*. Petrópolis: Editora Vozes.

Minayo, M.C.S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17,(3),621-626.

Minayo, M.C.S.; Costa, A.P. (2019). Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia. Pesquisa qualitativa em ação. São Paulo: Hucitec.

Morin, E. (2000) A inteligência da complexidade. São Paulo: Peirópolis.

Weber, M. (1994). *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

HABILIDADE EMPÁTICA E SEU APRENDIZADO EM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

Letícia Serra Rondon¹
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha¹
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto²

<https://orcid.org/0000-0001-9785-2709>
<https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>
<https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

Objetivo: Buscar evidências disponíveis na literatura sobre abordagem da empatia/habilidade empática em estudantes de Enfermagem. **Método:** Revisão integrativa da literatura nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO, resultando em 11 artigos. **Resultados:** Os estudos foram publicados entre 2013 e 2019, com três artigos em revistas com Qualis Capes, sendo três em revistas internacionais. O país com maior número de estudos na temática foi o Brasil, com sete, seguido de Portugal, México, Colômbia e Cuba com um estudo cada. A maior parte dos autores eram doutores (seis). O delineamento dos estudos, eram tanto qualitativos, quanto quantitativos (cinco) e a maior parte tinha nível de evidência IV. A análise de conteúdo identificou as categorias temáticas: Percepção do estudante de Enfermagem acerca do cuidado e empatia; Reflexão sobre empatia e a Enfermagem; e Habilidade empática e suas competências. **Conclusão:** A empatia é vista como capacidade essencial na formação de estudantes de Enfermagem e está diretamente relacionada ao cuidado humanizado e pessoal por parte da equipe de saúde. Esta habilidade deve fazer parte da matriz curricular em todos os cursos da saúde para fortalecer a afetividade durante o processo de cuidar. **Descritores:** Empatia; Educação em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Estudantes; Estudantes de Enfermagem.

EMPATHIC SKILL AND ITS LEARNING IN NURSING GRADUATES

Objective: To search for available evidence in the literature on how empathy / empathic ability in nursing students is approached. **Method:** Integrative literature review, for selection, three PubMed, LILACS and SciELO databases resulted of 11 articles. **Results:** Most studies were published in 2013 and 2019, with 27.3% in journals with classification in Brazil on Qualis Capes B1 and 18.2% in A1, 3 was in international journals, and 45.5% in both English and Portuguese. The country with the largest number of studies on the subject was Brazil, with seven (64%), followed by Portugal, Mexico, Colombia and Cuba with one (9%) study each. Most of the authors were doctors (55.3%). The approaches of the studies were both quali and quantitative (45.4%) and most had level of evidence IV. The content analysis identified the thematic categories: (1) the nursing student's perception of care and empathy; (2) reflection on empathy and nursing; and (3) empathic ability and competencies. **Conclusion:** Empathy is seen as an essential capacity in the training of nursing students and is directly related to humanized and more personal care by the health team. This skill must be part of the teaching grid in all areas of health and all they benefit from their learning. **Descriptors:** Empathy; Education, Nursing; Nursing Care; Students; Nursing.

HABILIDAD EMPÁTICA Y SU APRENDIZAJE EN GRADUADOS EN ENFERMERÍA

Objetivo: Buscar evidencia disponible en la literatura sobre cómo se aborda la empatia/habilidad empática en estudiantes de enfermería. **Método:** Revisión bibliográfica integral em las bases de datos PubMed, LILACS y SciELO resultando en 11 artículos. **Resultados:** La mayoría de los estudios se publicaron en 2013 y 2019, con un 27,3% en revistas con classificação en Brasil Qualis Capes B1 y un 18,2% en A1, 3 en revistas internacionales y un 45,5% en inglés y portugués. El país con el mayor número de estudios sobre el tema fue Brasil, con siete (64%), seguido de Portugal, México, Colombia y Cuba con un (9%) estudio cada uno. La mayoría de los autores eran médicos (55,3%). Los diseños de los estudios fueron tanto cualitativos como cuantitativos (45,4%) y la mayoría tenía un nivel de evidencia IV. El análisis de contenido identificó las categorías temáticas: (1) la percepción de atención y empatía del estudiante de enfermería; (2) reflexión sobre empatía y enfermería; y (3) capacidad y competencias empáticas. **Conclusion:** La empatía es vista como una capacidad esencial en la formación de estudiantes de enfermería y está directamente relacionada con la atención humanizada y más personal del equipo de salud. Esta habilidad debe ser parte de la red de enseñanza en todas las áreas de la salud y todos se benefician de su aprendizaje. **Descriptores:** Empatía; Educación en Enfermería; Atención de Enfermeira; Estudiantes; Estudiantes de Enfermeira.

¹Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), SP.

²Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE.

Autor Correspondente: Isabel Cristina Kowal Olm Cunha Email: isabelcunha@unifesp.br

INTRODUÇÃO

A Enfermagem moderna estabelecida a partir dos preceitos teóricos e epistemológicos de Florence Nightingale, com foco na técnica e na ciência, definiu uma nova práxis de cuidado com base no ambiente, na pessoa e nas condições de saúde. Para tal, os profissionais deveriam basear suas práticas em princípios e normas, que em conjunto com a formação acabaram por definir a Enfermagem enquanto profissão^{1,2}, com reconhecimento social, legal e institucional em diversos países.

A arte do cuidado ganha novas definições e a Enfermagem como profissão deixa de ser apenas a repetição de atividades e o cumprimento de tarefas, caracterizando-se por um trabalho pluralizado e complexo, exigindo do enfermeiro conhecimentos diversos e um grande autoconhecimento, maturidade e estabilidade emocional, com ética e respeito às crenças, valores e culturas, para que a empatia com seu cliente ocorra³ a partir de um encontro afetivo, carregado de subjetividade, oportunizando uma dialética entre cuidador e sujeito de cuidado.

O elemento cognitivo da empatia pode-se caracterizar pela capacidade de deduzir os sentimentos e pensamentos de outro, sem a necessidade de experimentá-los. Esta é uma perspectiva que envolve sentimentos neutros e imparciais do sujeito que está exercendo a empatia e tem sido nomeado de tomada de perspectiva. Já na empatia afetiva, é possível vivenciar sentimentos de compaixão, preocupação e simpatia com o bem-estar do outro. Este componente não tem implicância necessária em experimentar os mesmos sentimentos do outro, mas sim entender o que este está sentindo ou sentir uma espécie de afeto, que está relacionado à situação em que o outro se encontra mais do que para a situação em si⁴.

O conceito da empatia na área da saúde pode ter diversas variáveis, emocionais e cognitivas. Pode-se compreender empatia como a capacidade de ouvir, compreender e compadecer-se ao colocar-se no lugar do outro. Após o reconhecimento do sentimento do outro, é necessário auxiliá-lo. Este tipo de empatia é denominado de comportamental e pode incluir comportamentos verbais ou não verbais. A empatia comportamental é fundamental para que o cliente se sinta completamente compreendido durante o processo de cuidar, favorecendo o relacionamento entre este e o enfermeiro⁵.

Destarte, a formação do enfermeiro tem como finalidade o preparo do profissional para a realização de competências e habilidades voltadas para a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e a educação permanente. Pois, a Enfer-

magem não é apenas uma ciência focada na saúde numa perspectiva biológica, mas no humanismo⁶, o que exige um ensino baseado em competências socioemocionais, para a transformação social da profissão e das atitudes de cada profissional durante o processo saúde-doença-cuidado⁷.

A prática da Enfermagem tem efeitos muito importantes quando o profissional demonstra empatia, por esta influenciar fortemente a relação cliente-enfermeiro. Presume-se que esta relação terapêutica seja traduzida em comportamentos de melhor cuidado como atenção, escuta e sentimentos de ajuda⁵. Contribuindo para mais assertividade nos diversos e adversos momentos de cuidado que circundam desde o nascimento até as condições extremas de sofrimento, dor, doença e a morte.

Considerando a empatia uma habilidade essencial e que influencia diretamente nas relações e na subjetividade envolta ao processo de cuidar da Enfermagem, este estudo tem como objetivo buscar evidências disponíveis na literatura sobre como é abordada a empatia/habilidade empática com estudantes de Enfermagem.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de revisão integrativa, que permite incluir literatura teórica e baseada na experiência, além de estudos com diferentes desenhos metodológicos (qualitativos e quantitativos)⁸.

Etapas da revisão integrativa

Para a realização da revisão foram permeadas seis etapas: a) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; b) estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão (seleção da amostra); b) definição dos estudos pré-selecionados e selecionados; c) categorização dos estudos; d) análise e interpretação dos resultados; e e) apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁹.

No que se refere a construção da questão de pesquisa da revisão integrativa, utilizou-se a estratégia PICOT (acrônimo para *Patient, Intervention, Comparison, Outcomes* e *Time*). A estratégia utilizada para esta construção permite a identificação de palavras-chave, as quais possibilitam a melhor localização de estudos relevantes nas bases de dados¹⁰.

No Quadro 1, estão dispostos os elementos utilizados para construir a pergunta de pesquisa e os descritores a partir da estratégia PICOT¹¹. Destaca-se que, dependendo do método de revisão, não se emprega todos os elementos da estratégia PICOT. Nesta revisão integrativa, o terceiro elemento que é a comparação, não foi utilizada.

Quadro 1 Descrição da estratégia *Patient/population, Intervention or issue of interest, Comparison intervention or issue of interest, Outcomes e Time* (PICOT)¹¹.

Acrônimo/ Definição	Proposta do estudo	Descritores DeCS/MeSH
P: <i>Patient/ population</i>	Estudantes de graduação em enfermagem.	Estudantes de enfermagem; <i>Nursing Students</i> .
I: <i>Intervention/ issue of interest</i>	Como é abordada a Empatia/habilidade empática.	Empatia; educação em enfermagem; cuidados de enfermagem; estudantes; estudantes de enfermagem. <i>Empatía; Educación en Enfermería; Atención de Enfermeira; Estudiantes; Estudiantes de Enfermeira.</i> <i>Empathy; Education, Nursing; Nursing Care; Students; Students, Nursing.</i>
O: <i>outcomes</i> - Resultados esperados	Contribuição da habilidade empática para a formação do enfermeiro.	
T: <i>time</i> - Período de tempo da intervenção	2009 a 2019	

Assim, a questão de pesquisa determinada foi: “Como é abordada a habilidade empática/empatia em estudantes de Enfermagem?”.

Para a seleção dos artigos, foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e United States National Library of Medicine/Nacional Institutes of Health (PubMed/MEDLINE). A coleta ocorreu entre os meses de janeiro e março de 2020.

Os descritores controlados selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MeSH Database (*Medical Subject Headings*) foram “Empatia”, “Cuidados de Enfermagem”, “Enfermagem”, “Estudantes” e “Estudantes de Enfermagem” (nos idiomas português, inglês e espanhol). A combinação dos descritores foi realizada por meio dos operadores booleanos “AND” (combinação restritiva) e “OR” (combinação aditiva), de diferentes formas para garantir busca ampla, cujos cruzamentos em todas as bases de dados foram: Empatia AND Cuidados de Enfermagem AND Estudantes; Empatia AND Enfermagem AND Estudantes de Enfermagem; Empatia AND Enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: estudos originais (quantitativos, qualitativos, quanti-qualitativos, relato de experiências e estudos de caso), disponíveis na íntegra; publicados em português, inglês ou espanhol, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, publicados em periódicos

nacionais e internacionais e que estivessem dentro do recorte temporal de 2009 a 2019.

Os critérios de exclusão foram: pesquisas que investigassem especificamente sobre funcionários de outras áreas da saúde, em ambientes não hospitalares, pesquisas avaliando o grau empático em estudantes de Medicina, que tivessem utilizado escalas aplicadas em estudantes de Medicina ou outra área da saúde e que apresentasse apenas traduções de escalas.

Realizada a análise bibliométrica¹²⁻¹³, na sequência foram analisados os achados, através de um quadro sinóptico com os principais resultados. Os artigos foram lidos e relidos para captação de seus conteúdos. Em seguida, foi realizada análise de conteúdo com base no referencial de Minayo¹⁴, emergindo três categorias temáticas, que são: “Percepção do estudante de Enfermagem acerca do cuidado”, “Uma reflexão sobre empatia e a Enfermagem” e “Habilidade empática e suas competências”.

Nesta revisão, foi empregado a classificação de evidências nos níveis¹⁵: I – oriundas de revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; II – pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; III – ensaios clínicos bem delineados, sem randomização; IV – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; VI – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e VII

– opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

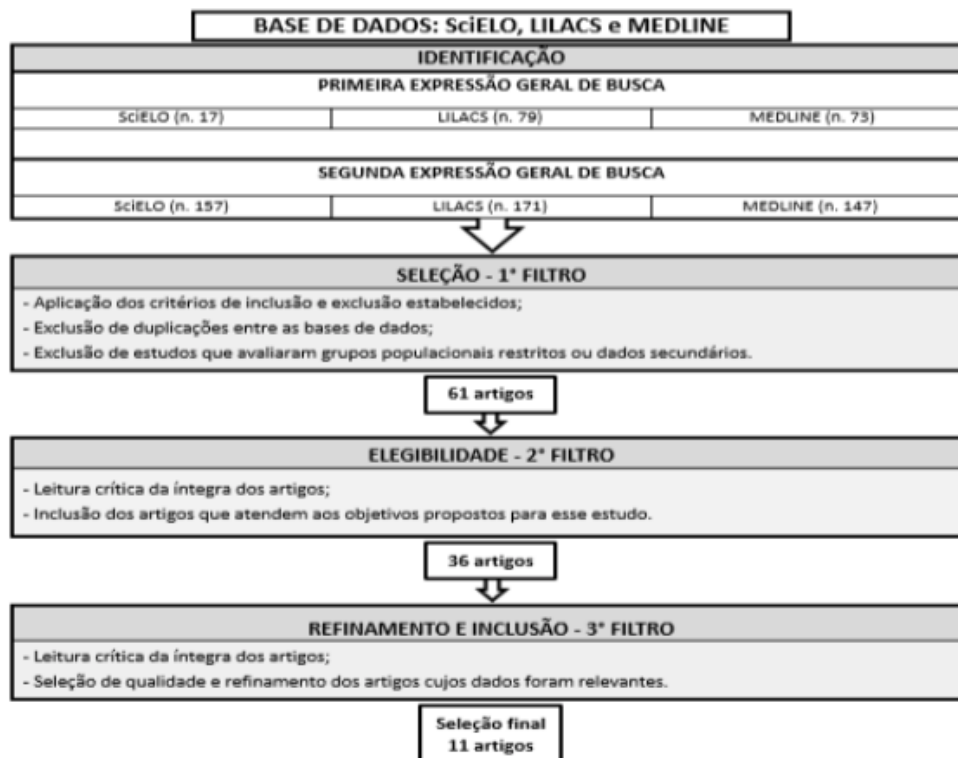
Aspectos Éticos

Apesar de não ser um estudo com seres humanos, os aspectos éticos foram observados e cumpridos em sua execução. Os autores dos artigos analisados foram devidamente referenciados. Os dados e informações das pesquisas foram

apresentados de forma fidedigna.

RESULTADOS

A busca nas bases de dados contabilizou 644 artigos e, destes, 61 foram eleitos para leitura do texto completo e 11 compuseram o estudo, conforme consta no fluxograma da Figura 1.



As categorias que emergiram com análise de conteúdo, apontaram o seguinte:

Categoria 1: Percepção do estudante de Enfermagem acerca do cuidado

Nesta categoria trata-se da percepção do estudante de Enfermagem, em que se abordam as definições para o cuidado e como este aparece de acordo com as vivências e experiências. Além disso, a mudança deste conceito conforme o tempo de atuação e estudo, durante o curso. Nesta, foram avaliados cinco artigos, em que os autores concluíram que não há uma definição específica sobre cuidado, mas grande parte destes os correlaciona com a empatia.

Categoria 2: Uma reflexão sobre empatia e a Enfermagem

O maior número de artigos encontrados nesta busca definiu a empatia como habilidade essencial no aprendizado e na prática da Enfermagem. Foram utilizados seis artigos que discutem a importância da empatia no relacionamento entre enfermeiro-cliente. Um artigo foi utilizado para pesquisa sobre a forma mais utilizada para medir o grau de empatia.

As evidências encontradas nessa categoria reforçam a

prática do cuidado humanizado e da empatia como competência, e se esta pode ou não ser aprendida, pois se trata de uma habilidade adquirida ao longo da vida e depende da experiência individual de cada estudante.

Categoria 3: Habilidade empática e suas competências.

Respondendo à pergunta levantada na categoria anterior, quatro artigos mostraram que a empatia pode ser uma habilidade aprendida, e que este aprendizado é muito benéfico. Apesar de ser uma habilidade aprendida socialmente, é possível exercer uma estratégia para ensinar, por meio de recursos como arte, música e até teatro. Porém para que possa ser ensinada, é necessário que os docentes também possuam um comportamento empático, gerando uma cadeia de empatia que começa no docente, passa pelos graduandos e termina no cliente.

Os artigos incluídos nas categorias, bem como as especificações destes, estão descritos no Quadro 2, resultando na apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁷.

Abaixo no Quadro 2 são apresentados de forma resumida os achados deste estudo.

Quadro 2 - Análise bibliométrica dos estudos segundo periódico de publicação, ano, país, título, autores, método, ideia central e categoria temática.

Período, país e ano	Título	Autores	Delineamento/ Nível de Evidência (16)	Objetivos	Desfechos	Categoria Temática
Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR/Brasil (2019)	Percepção de estudantes de enfermagem sobre o que é ser enfermeiro	Silva, Alves, Fortes ⁽⁶⁸⁾	Descritivo, exploratório e transversal Qualitativo Evidência IV	Analisar a percepção dos acadêmicos do 5º ano de enfermagem sobre o que é "ser enfermeiro".	Identificou-se a percepção em dez categorias: "ter amor ao próximo, gratidão, paciência, empatia, saber ouvir, relacionar, fazer um trabalho feliz, humanizar", "ter muita atenção, responsabilidade, dedicação, habilidades, conhecimento, raciocínio clínico, competência" e "prestar assistência e cuidado integral, dando dignidade, autonomia, sentido à vida aos pacientes".	1
O Mundo da Saúde Portugal (2018)	A relação entre a vulnerabilidade humana e o cuidar em saúde: um estudo com profissionais e estudantes da área da saúde	Almeida, Rodrigues ⁽⁶⁷⁾	Exploratório, correlacional, preditivo, transversal Quantitativo Evidência IV	Caracterizar a representação da vulnerabilidade humana dos cuidadores de saúde.	Confirmado uma relação positiva entre vulnerabilidade humana e cuidar. Os cuidadores com médias mais elevadas na escala da representação da vulnerabilidade humana têm médias mais elevadas na escala dos atributos do cuidar.	1
Revista Enfermería Universitaria México (2009)	Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno	Garduño, Martínez, Juárez ⁽⁶⁶⁾	Descritivo, transversal Quantitativo e qualitativo Evidência IV	Identificar a conceitualização e cuidado do apoio emocional que os alunos da graduação em Enfermagem oferecem.	A maioria (44%) considera que as ações que realizam têm como objetivo promover a conversação como forma de reduzir a resposta emocional e 39% que é ajudar/incentivar o paciente a expressar seus sentimentos. Necessário criar uma escala que facilite a avaliação de intervenções de enfermagem em relação às emoções sentidas e expressas pelos pacientes.	1
Educación Médica Superior Cuba (2018)	Significado del cuidado antes de Enfermería	Becerra, Tole, Escobar ⁽⁶⁵⁾	Etnografia Qualitativo Evidência IV	Interpretar o significado do cuidado segundo os alunos que iniciam a formação profissional em enfermagem.	O tema central "Cuidado, uma ferramenta cultural para manutenção da vida", foi estruturado em domínios: o cuidado como instinto de sobrevivência, o olhar feminino; cuidado profissional; e relacionamento com um ser superior. Esse significado está relacionado à necessidade do indivíduo de contribuir para a manutenção da vida no contexto cultural em que se desenvolve	1
Texto 6 Contexto Enfermagem Brasil (2019)	Como medir o grau empático de graduandos de enfermagem? Uma revisão integrativa	Souza, Godoy, Santos, Trevisan, Silveira, Mendes ⁽⁶⁰⁾	Revisão Integrativa de Literatura Quantitativo Evidência V	Analisar evidências disponíveis na literatura sobre mensuração do grau empático de graduandos de enfermagem.	Entre os 40 estudos primários analisados, foram identificados 21 questionários para a mensuração do grau empático de graduandos de enfermagem.	2
Auichan Colombia (2014)	Empatia em estudantes de enfermagem da Universidad Mayor, Sede Temuco, IX região, Chile	Díaz-Narváez, Muñoz-Gámbaro, Duarte-Gómez, Reyes-Martínez, Caro, Calzadilla-Núñez et al ⁽⁵⁹⁾	Exploratório, não experimental, descritivo, transversal Quantitativo Evidência IV	Estimar a orientação empática e o comportamento da estrutura da construção de empatia nos estudantes de enfermagem.	A escala mostrou confiabilidade. Existem diferenças de orientação empática entre os cursos, mas não no gênero; observam-se seis componentes. Os estudantes de enfermagem tiveram níveis de empatia relativamente altos, independentemente do gênero e existe uma tendência a seu aumento à medida que o curso avança.	2
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem Brasil (2016)	Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia	Savieto, Leão ⁽²³⁾	Ensaio teórico-reflexivo Qualitativo Evidência VI	Relacionar a empatia com a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, no contexto atual da Enfermagem.	Torna-se imperioso aliar aspectos técnicos e humanísticos na oferta do cuidado de Enfermagem, além de resgatar a valorização da abordagem da empatia na formação de profissionais da saúde, bem como na continuidade dos estudos após a graduação	2
Revista Latino-Americana de Enfermagem Brasil (2019)	Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia	Savieto, Mercer, Matos, Leão ⁽²³⁾	Estudo metodológico e de validação Quantitativo Evidência VI	Adaptar e validar a escala Consultation and Relational Empathy Measure (versão brasileira) para avaliação da empatia por enfermeiros; avaliar a concordância entre empatia autorreferida pelos enfermeiros e a percebida pelos pacientes e correlacionar autocompaixão com empatia autorreferida dos enfermeiros e percebida pelos pacientes.	As propriedades psicométricas da Consultation and Relational Empathy Measure (versão brasileira) demonstraram consistência interna adequada (alfa de Cronbach de 0,799). A empatia na visão dos pacientes foi mais bem avaliada do que a autorreferida pelos enfermeiros (p<0,001). Enfermeiros mais autocompassivos apresentaram maiores escores de empatia (p=0,002).	2
Revista Latino-Americana de Enfermagem Brasil (2013)	Competências emocionais no processo de ensinar e aprender em enfermagem na perspectiva das neurociências	Pereira, Ribeiro, Depes, Santos ⁽²⁴⁾	Estudo de caso Qualitativo Evidência IV	Compreender aspectos da interação que ocorre entre o sentir e o aprender na perspectiva das neurociências.	Os conhecimentos do funcionamento cerebral e diferentes estruturas implicadas nos aprendizados das competências cognitivas, técnicas, emocionais e relacionais podem ajudar o docente na sua tarefa de ensinar.	3
Revista Enfermagem UERJ Brasil (2013)	A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem	Kestenberg ⁽²⁵⁾	Experimental Quantitativo Evidência IV	Avaliar um programa de avaliação da empatia para graduandos de enfermagem, que foi construído e testado de acordo com o modelo experimental.	Todos os valores dos testes de significância, p< 0,05, foram significativos, com valores médios mais elevados no grupo experimental. O programa foi eficaz ao ampliar significativamente aspectos cognitivos e afetivos da empatia bem como a verbalização empática.	3
Revista da Escola de Enfermagem da USP Brasil (2013)	O desenvolvimento de competências ético-políticas segundo egressos de um Curso de Graduação em Enfermagem	Meira, Kurcogant ⁽²⁶⁾	Estudo de caso Qualitativo Evidência IV	Identificar competências ético-políticas possibilitadas pelo processo formativo compatíveis com o perfil do enfermeiro previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem.	Resultou nas categorias: Competências ético-políticas no processo formativo e Competências ético-políticas como produto do processo formativo. Estas reforçam o papel social do profissional enfermeiro e o preparo do estudante para a reflexão, a compreensão e a participação na transformação da sociedade.	3

DISCUSSÃO

Categoria temática 1: Percepção do estudante de Enfermagem acerca do cuidado

A prática da Enfermagem é, muitas vezes, descrita como a arte de cuidar. Este cuidado pode se referir aos aspectos físicos, mentais e sociais. Desta forma, podemos dizer que a Enfermagem tem como missão proporcionar o bem-estar e conforto ao paciente, podendo este ser realizado por meio de uma assistência direta ou coordenando outras atividades¹⁶.

A opção do estudante pelo curso de Enfermagem e conhecimento sobre sua finalidade e a percepção acerca do cuidado está diretamente relacionada à dinâmica social da sociedade a qual estão envolvidos. Assim, este estudante pode ter diferentes visões desde a escolha, até o aprendizado no transcorrer do curso, e atuação prática como enfermeiro¹⁶.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Enfermagem propõem quais competências e habilidades devem ser estudadas durante a graduação, entendendo que estas são necessárias para a formação de um futuro profissional, que deva agir com afetividade e humanização durante o desenvolvimento do cuidado, sobretudo no Sistema Único de Saúde (SUS)²⁷.

A entrada em uma universidade é um momento difícil na vida de grande parte dos estudantes, sentimentos de nervosismo, insegurança, estranheza são comuns em situações de adaptação e entrada em um novo grupo social. Os métodos de ensino são distintos, alguns alunos mudam de suas cidades para ingressar em uma universidade em outra região. Assim, ao entrar neste novo mundo de conhecimento, o graduando de enfermagem se desprende das definições que conheceu anteriormente, e se abre para adentrar em um ambiente acadêmico e ressignificar o papel da profissão que exercerá daqui para frente²⁸.

Alguns estudantes, não sabem exatamente a que se refere o cuidado, como este faz parte da responsabilidade do enfermeiro em exercer um papel empático. Outros, trazem definições próprias do que significa cuidar e tem dificuldades em construir sua identidade como enfermeiro. Estas definições mudam e são aprendidas no decorrer do curso²⁸.

Atualmente, existem diversos estudos que trabalham em prol dos cuidados e defesa dos pacientes, para que a qualidade deste cuidado esteja centrada em um cuidado humanizado. O cuidado humanizado tem como percepção, além da valorização do cuidado técnico e científico, também reconhecer a individualidade de cada paciente, sua dignidade, seus direitos, e reconhecendo o profissional como um ser humano¹⁷.

Durante a formação do enfermeiro, é primordial o aprendizado sobre apoio emocional ao paciente. Porém faltam

definições claras sobre este conceito. Para ser capaz de dar este apoio emocional de forma assertiva, o aluno deve possuir conhecimentos científicos dentro das três esferas: biológica, social e psicológica. Assim, o enfermeiro deve ter os conhecimentos necessários e a sensibilidade para atender à necessidade individual dentro da demanda do dia a dia¹⁸.

Este conceito de cuidado em conjunto com apoio emocional, tem uma natureza complexa, com muitas definições. Algumas das definições dadas por estudantes são "dar confiança, empatia", "prestar cuidados focados nos aspectos físicos e emocionais". A visão humanitária sobre a profissão enfermagem, e sua visão romantizada, associa os profissionais aos sentimentos de paciência e empatia. E isto faz com que o trabalho excessivo esteja relacionado ao contexto de cuidado integral, resultando em constantes manifestações por melhorias nas condições de trabalho, que muitas vezes tornam impossível, que o profissional pratique o cuidado humanizado¹⁹.

Categoria temática 2: Uma reflexão sobre empatia e Enfermagem

A origem do termo empatia origina-se no final do século XIX, a partir do filósofo alemão Robert Vischer. O termo clássico é *empathia*, elaborado pelo filósofo em 1873, a palavra em alemão *einführung*, que traduzida para o português significa "sentir em" ou "sentir-se dentro". Inicialmente ela descrevia a sensação ao observar uma obra de arte, depois passou a descrever sentimentos de conexão com a natureza²⁹.

A empatia pode ser descrita como a capacidade de ser sensível acerca das emoções do outro. Quando é possível compartilhar sentimentos, e a aptidão de se colocar no lugar de outra pessoa e entender o que está passando. Para os estudantes de enfermagem, a empatia é indispensável na relação com os pacientes. Formando assim, um vínculo que beneficia ambos. Quando o paciente se sente compreendido e acolhido, tende a melhorar a adesão ao tratamento, que, por sua vez, fortalece o sentimento de dever realizado do enfermeiro²⁰.

A primeira visão de empatia surge a partir do contato com os pais, esta atitude por parte dos primeiros modelos de vida, é fundamental para que os filhos se tornem adultos saudáveis, e lhes confere a habilidade empática com outras pessoas, assim como seus pais foram anteriormente. Para ter uma relação empática com seus pacientes, é preciso que profissionais da saúde estejam em contato com os próprios sentimentos, de forma que consigam entender os sentimentos dos outros, e os diferenciar dos seus. Dessa forma, o profissional consegue se colocar no lugar do próximo, estabelecendo uma relação empática³⁰.

Uma das ferramentas mais utilizadas para medir o grau de

empatia, é a Escala de Empatia Médica de Jefferson (EEMJ), sua estrutura é multidimensional e tem três fatores principais: a perspectiva, atenção com compaixão, e a habilidade de “se colocar nos sapatos” dos pacientes. Há diversos estudos sobre empatia com estudantes da área da saúde, porém são, em sua maioria, sobre estudantes de medicina²¹.

Estas questões sobre o atendimento de saúde de forma humanizada e empática, tem ganhado destaque por parte dos profissionais. Países tem investido em estudos que incentivem os médicos e enfermeiros a se comportarem de maneiras mais pessoal durante o atendimento, para que este seja estendido as demais questões humanas. Segundo a Teoria do Cuidado Humano, um dos elementos mais importantes na construção da relação de confiança entre profissional da saúde-paciente é a empatia²².

Sendo assim, a empatia surge como uma tática para reforçar as demandas por este cuidado humanizado. A empatia e a compaixão são características essenciais para o processo de aprendizado da profissão enfermagem. Sendo imprescindíveis para o estudante, porém esta é uma habilidade que pode ser ensinada e, conseqüentemente, aprendida²³.

Categoria temática 3: Habilidade empática e suas competências

Para o docente, é necessário que se contorne as dificuldades e desenvolva estratégias de ensino que abranjam os nossos conhecimentos da neurociência, para otimizar a aprendizagem do aluno. Há de se pensar o ensinar como uma estratégia que valoriza o sensível e o emocional, em detrimento de ser apenas executado, com uma prática repetitiva, e mecânica²⁴.

A empatia é uma habilidade aprendida socialmente, carecendo de capacitação profissional que desenvolvam um comportamento empático, e focando em uma escuta ativa e acolhedora. É na infância que se aprende habilidades sociais como a empatia, ainda que surjam oportunidades para desenvolvê-la ao longo da vida. Locais que incluem a empatia com uma aprendizagem comum e formal, tem mostrado resultados benéficos²⁵.

A aprendizagem de competências socioeducativas e ético-políticas é um dos desafios para a formação de enfermeiros. A ação humana tem caráter político, pois sempre integra interesses pessoais e coletivos. No entanto, o que deve determinar a ação e decisões de profissionais da saúde são os valores e princípios éticos²⁶.

Também é um desafio para os docentes e educadores reinventarem o sistema de ensino da enfermagem para que este não seja apenas tratado como ciência biológica, ainda que o aprendizado de técnicas seja muito importante. É um sistema engessado, que precisa de um novo olhar para o

cuidado humanizado e a importância das relações humanas. Estas, que podem ser tão importantes quando o cuidado sistematizado. Cabe aos educadores ouvirem os alunos, abrindo uma reflexão e os motivando³¹.

A habilidade de ouvir ativamente o outro, sem julgamento, é a principal compreensão para o aprendizado da empatia. Esta capacidade deve estar em conjunto com a habilidade de identificar os próprios sentimentos, de forma que permita se colocar no lugar do outro. Se o profissional não consegue distinguir e regular suas próprias emoções, foca a atenção em si mesmo, fazendo com que torne difícil atingir o comportamento de ajuda e o entendimento da necessidade do paciente, o que pode prejudicar o cuidado²⁵.

Alguns estudos mostram que a literatura, poesia e cinema, bem como outras artes criativas, em conjunto com discussões em que se tem por objetivo entender o ponto de visto do paciente, tem resultados muito positivos para o ensino da empatia. Outras estratégias como treinamento das habilidades de comunicação, intervenções teatrais (onde o graduando se coloca no lugar do paciente) também resultaram no aumento dos níveis de empatia²⁹.

Limitações do estudo

Uma importante limitação deste estudo é o baixo nível de evidência dos artigos. Outro aspecto é que grande parte dos estudos são focados em estudantes de Medicina, e poucos na Enfermagem.

Contribuições para a prática

O estudo contribuiu para a análise da temática no ensino de Enfermagem, possibilitando a inclusão da temática na grade curricular, bem como evidenciou a importância do cuidado humanizado em todas as áreas da saúde, para construção e um relacionamento com o paciente que é benéfica para todos os envolvidos.

Sendo assim, o estudante de enfermagem deve ser instruído acerca da empatia e relacionamento com o paciente, bem como estar apto a realizar um atendimento humanizado. Este estudo poderá ser utilizado em estudos futuros para a estruturação do ensino da empatia na grade curricular das universidades, e como isso pode ser melhorado e intensificado para uma melhor prática na relação paciente-enfermeiro.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos a partir desta revisão integrativa na literatura, possibilitaram que empatia fosse vista como capacidade essencial na formação de estudantes de enfermagem. Esta habilidade está diretamente relacionada ao cuidado humanizado e mais pessoal por parte da equipe de saúde.

O graduando de Enfermagem, ao ingressar na universidade, está em conflito com seus sentimentos, devido a mudança de ambiente e para que haja a prática da empatia, é preciso que o profissional da saúde esteja em contato com os seus sentimentos primeiro. Além disso, o estudante entra com a sua própria visão do significado do cuidado e da habilidade empática, de acordo com os seus aprendizados, experiências e situações vivenciadas durante a vida, podendo ser uma visão romantizada ou uma habilidade que não foi aprendida.

A empatia como habilidade pode ser ensinada desde que haja uma ligação entre o docente e o aluno, pois para ensinar uma habilidade como esta, é preciso que o docente reveja seus métodos de ensino de forma menos pessoal também. Portanto, esta deve fazer parte da grade de ensino em todas

as áreas da saúde. Todos são beneficiados com o aprendizado desta capacidade, pois fortalece o vínculo paciente-enfermeiro, e caracteriza o cuidado como não apenas mecânico e científico, mas humano.

Contribuição dos Autores:

LS Rondon e ICKO Cunha participaram da concepção e delineamento do estudo, redação e revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito. FRG Ximenes Neto participou do delineamento, da redação e revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito.

Financiamento: Bolsa de Iniciação Científica PIBIC/CNPQ 2019-2020 para a segunda autora.

REFERÊNCIAS

1. Angerami ELS. O mister da investigação do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 1993 [citado 2020 Mar 30];1(1):11-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000100003&lng=en.
2. Brasil. Lei 7498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.
3. Takaki MH, Sant'Ana DMG. A empatia como essência do cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. Cogitare Enferm [Internet] 2004 [citado 2020 Mar 30];9(1):79-83. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1708>.
4. Falcone E. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. RBTC [Internet]. 1999 [citado 2020 Mar 30];1(1):23-2. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55451999000100003&lng=pt&nrm=iso.
5. Nascimento HCF, Ferreira Júnior WA, Silva AMTC, Carvalho IGM, Bastos GCFC, Almeida RJ. Análise dos níveis de empatia de estudantes de medicina. Rev. bras. educ. méd. [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 30];42(1):150-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000100152&lng=en&nrm=iso.
6. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
7. Instituto Ayrton Senna [Internet]. Descubra como competências socioemocionais podem melhorar a Educação brasileira. 2019 [Acesso em 2020 Abr 11]. Available from: <https://institutoayrtonsenna.org.br/pt-br/meu-educador-meu-idolo/materialdeeducacao/descubra-como-competencias-socioemocionais-podem-melhorar-a-educacao-brasileira.html>.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? [Internet]. 2010 [cited 2020 Mar 30];8(1):102-106. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2008 [citado 2020 Mar 30];17(4):758-764. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en.
10. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 [cited 2020 Mar 30];15(3):508-511. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en.
11. Esteves LSF, Cunha ICKO, Bohomol E, Negri EC. Supervised internship in undergraduate education in nursing: integrative review. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 10];71(Suppl 4):1740-1750. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001740&lng=en.
12. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 30];48(2):335-345. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en.

13. Neves VR, Sanna MC. Nursing leadership teaching: a bibliometrics study. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 30];25(2):308-313. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200024&lng=en.
14. Minayo MCS. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26 ed. São Paulo: Editora Vozes; 2007.
15. Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2006 [citado 2020 Abr 10];27(4):491. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>.
16. Silva BLG, Alves ES, Fortes AFA. Percepção de estudantes de enfermagem sobre o que é ser enfermeiro. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR.* [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 07];23(2):81-88. Available from: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6136/3771>.
17. Almeida CMT, Rodrigues VM. The relationship between human vulnerability and health care: a study with professionals and students in the health area. *Mundo saúde (Impr.)*. 2018 [cited 2020 Apr 07];42(4):992-1011. Available from: <https://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20180148.PDF>.
18. Garduño MDM, Martínez VG, Juárez PS. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno. *Enfermería Universitaria*. 2009 [citado 2020 Abr 07];6(3):35-39. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu093f.pdf>.
19. Becerra AC, Tole MG, Escobar LMV. Significado del cuidado antes de iniciar la formación profesional en Enfermería. *Educación Médica Superior* [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 07];32(3):[aprox. 0 p.]. Available from: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1471>.
20. Souza MC, Godoy S, Santos SS, Trevizan MA, Silveira RCCP, Mendes IAC. How to measure the empathy level of undergraduate nursing students? an integrative review. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 07];28:e20180017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100509&lng=en.
21. Díaz-Narváez VP, Muñoz-Gámbaro G, Duarte-Gómez N, Reyes-Martínez MC, Caro SE, Calzadilla-Núñez A et al. Empatía en estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor, sede Temuco, IX región, Chile. *Aquichan* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 07];14(3):388-402. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300009&lng=en.
22. Savieto RM, Leão ER. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 07];20(1):198-202. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198&lng=en.
23. Savieto RM, Mercer S, Matos CCP, Leão ER. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 07];27:e3151. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100340&lng=en.
24. Pereira WR, Ribeiro MRR, Depes VBS, Santos NC. Emotional competencies in the process of teaching and learning in nursing, from the perspective of the neurosciences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 07];21(3):663-669. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300663&lng=en.
25. Kestenberg CCF. The empathic skill is socially learned: an experimental study with nursing undergraduate students. *Revista Enfermagem UERJ*. 2014 [cited 2020 Apr 07];21(4):427-433. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/8892>.
26. Meira MDD, Kurcgant P. Political-ethical skill development in nursing undergraduates. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 07];47(5):1203-1210. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501203&lng=en.
27. Silva ANC, Moreira DP, Freitas CMA, Teixeira AKS, Pinheiro ARM. Estágio extracurricular de Enfermagem: estratégia para a formação profissional. *Enferm. Foco*. [S.l.]. 2019. [citado 2020 Abr 12];10(4):129-135. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1880>.
28. Queiroz BFB, Garanhani ML. Construindo significados do cuidado de enfermagem no processo de formação: uma pesquisa fenomenológica. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2012 [citado 2020 Abr 11];11(4):775-783. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21660>.
29. Schweller M. O ensino de empatia no curso de graduação em medicina. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. 2014 [citado 2020 Abr 10];137 p. Available from: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313594>.
30. Terezam R, Reis-Queiroz J, Hoga LAK. The importance of empathy in health and nursing care. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 10];70(3):669-670. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300669&lng=en

FORMAÇÃO POLÍTICA DO ENFERMEIRO NA GRADUAÇÃO: ÓTICA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Maria da Conceição Coelho Brito¹

Ana Kézia Cunha de Queiroz²

Maria Socorro de Araújo Dias²

Maria Adelane Monteiro da Silva²

Dirce Stein Backes³

Marina Pereira Moita²

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

<https://orcid.org/0000-0002-5880-543X>

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

<https://orcid.org/0000-0001-9660-106X>

<https://orcid.org/0000-0001-9447-1126>

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

Objetivo: analisar a formação política do enfermeiro sob a ótica de acadêmicos de um Curso de Enfermagem do Ceará. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado entre 2015 e 2016, com 27 acadêmicos do décimo período de um curso de enfermagem. A coleta mediante entrevista semiestruturada, e a análise orientada pela Fenomenologia Social de Alfred Schutz. **Resultados:** o tipo ideal de discente foi avesso à política, mesmo considerando-a instrumento assegurador de sua cidadania, pois encontra dificuldade de inter-relacioná-la ao seu fazer profissional, e que concebe a universidade como espaço propício a discussão política, porém restrita a uma limitada quantidade de acadêmicos. **Conclusão:** o estudo evidencia que o discente típico de enfermagem demonstra inapropriação da ferramenta política, apesar de reconhecer a necessidade de se apoderar dela para desenvolver suas competências profissionais. Assim, o estudo contribui para reflexão da necessidade de favorecer espaços fomentadores do debate político no âmbito universitário.

Descritores: Enfermagem; Política; Autonomia profissional; Educação superior.

POLITICAL EDUCATION OF NURSES IN UNDERGRADUATE COURSES: A STUDY ON THE PHENOMENON

Objective: to analyze the political formation of nurses from the perspective of academics of a Ceará Nursing Course. **Method:** qualitative, exploratory-descriptive study, conducted between 2015 and 2016, with 27 students from the tenth period of a nursing course. The collection through semi-structured interviews, and analysis guided by Alfred Schutz's Social Phenomenology. **Results:** the ideal type of student was averse to politics, even considering it an instrument to assure their citizenship, as it finds it difficult to interrelate it to their professional practice, and that conceives the university as a favorable space for political discussion, but restricted to a limited amount of academics. **Conclusion:** the study shows that the typical nursing student demonstrates inappropriate political tool, despite recognizing the need to seize it to develop their professional skills. Thus, the study contributes to the reflection of the need to favor spaces that foster political debate in the university sphere.

Descriptors: Nursing; Politics; Professional autonomy; Higher Education.

POLÍTICA DE ENFERMERÍA ENTRENAMIENTO EN GRADUACIÓN: UN ESTUDIO DE FENÓMENO

Objetivo: analizar la formación política de las enfermeras desde la perspectiva académica de un Curso de Enfermería en Ceará. **Método:** estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, realizado entre 2015 y 2016, con 27 estudiantes del décimo período de un curso de enfermería. La colección a través de una entrevista semiestruturada y el análisis guiado por la Fenomenología social de Alfred Schutz. **Resultados:** el tipo ideal de estudiante era contrario a la política, incluso considerándolo un instrumento para asegurar su ciudadanía, ya que le resulta difícil interrelacionarlo con su práctica profesional, y eso concibe a la universidad como un espacio favorable para la discusión política, pero restringida a una cantidad limitada de académicos. **Conclusión:** el estudio muestra que el típico estudiante de enfermería demuestra una herramienta política inapropiada, a pesar de reconocer la necesidad de aprovecharla para desarrollar sus habilidades profesionales. Así, el estudio contribuye a la reflexión de la necesidad de favorecer espacios que fomenten el debate político en el ámbito universitario.

Descriptor: Enfermería; Política; Autonomía profesional; Educación Superior.

¹Curso de Enfermagem da Faculdade Luciano Feijão.

²Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE.

³Curso de Enfermagem da Universidade Franciscana (UNIFRA), SC.

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

Recebido: 10/1/2020 Aceito: 06/6/2020

Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Destinchando caminhos para uma formação política: análise em um curso de graduação em enfermagem". Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), 2016.

INTRODUÇÃO

Na compreensão sociológica sobre as profissões, reconhece-se sua íntima relação com a necessidade social e o contexto. Em razão disso, as profissões são influenciadas pelas mudanças culturais, sociais e políticas, modificando-se como conhecimento e fazer humano no decorrer dos tempos. Assim, a visão e as perspectivas que uma profissão tem são resultantes da sua estrutura formativa¹.

As conjunturas se modificam e requerem transformações nos paradigmas que orientam a formação do profissional enfermeiro, pois uma essa sustentada pela visão biomédica não contempla as necessidades do ser humano quanto a sua dimensão política e social, essenciais para a prática profissional².

Desse modo, pensar, fundamentar e compreender as motivações, existências dos sujeitos e como eles se constituem seres políticos, parte de como são estabelecidas as relações sociais nos contextos nos quais se inserem. Aqui, reconhece-se a dimensão intersubjetiva do cuidado e o traduz como a mais originária das relações existentes entre os seres humanos³.

Assim, a intencionalidade desse estudo se sustenta na compreensão da universidade como o espaço propulsor do desenvolvimento do pensamento teórico-crítico de ideias, opiniões, posicionamentos importantes para o fazer profissional. Assim, objetiva-se analisar a formação política do enfermeiro sob a ótica de acadêmicos de um Curso de Enfermagem do Ceará.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016.

Participantes do estudo

Os participantes foram os acadêmicos do décimo período de um Curso de Enfermagem do Ceará.

Foram abordados 30 participantes (total de acadêmicos do semestre), sendo que 27 aceitaram participar e deram anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esclarece-se que a escolha pelo semestre justifica-se por esse representar a transição da vida universitária para a profissional, tornando-se relevante compreender como a política é reconhecida e pensada por eles.

Referencial teórico-metodológico

Utilizou-se a Fenomenologia Social de Alfred Schutz para manter coerência com o objeto em estudo, sendo a condução desse sustentada em seus princípios: atitude desinteressada do pesquisador, relevância sociológica, coerência lógica interpretação subjetiva, adequação e racionalidade lógica científica⁴.

Coleta de dados

Coleta realizada por entrevista semiestruturada, buscando-se estabelecer os construtos iniciais para a compreensão do fenômeno objeto de estudo. Isso porque o diálogo é facilitador da intersubjetividade e do relacionamento face a face, favorecendo a captação das motivações implícitas nos discursos dos sujeitos⁴.

Orientada pelo referencial, a condução dessa etapa contou com a atitude desinteressada do pesquisador, para a apreensão cognitiva das vivências⁵, implicando nas inquietações que compuseram o roteiro de coleta: Que significado os acadêmicos imprimem a política? Há uma inter-relação entre a política e a prática profissional? A construção dos tipos relacionados ao fazer do enfermeiro e a sua politização tem sido influenciada pela universidade? Que ferramentas a universidade dispõe para fomentar a politização desses acadêmicos? A relevância sociológica e a coerência lógica subsidiaram o delineamento da pesquisa à medida que auxiliaram na delimitação dos participantes, do local e a organização coesa dos achados⁶.

Análise de dados

Na análise dos dados consideraram-se os princípios da interpretação subjetiva, adequação e racionalidade lógica de Schutz, sendo os resultados descritos e organizados em articulação interpretativa com a literatura. Para tanto, as entrevistas foram transcritas e agrupadas a partir da captura das convergências dos aspectos comuns nas falas.

Seguidamente, categorizaram-se as motivações intrínsecas à ação social em “motivos para” e “motivos porque”, sendo o primeiro definido como um plano de ação direcionado ao futuro, embasado no acervo de conhecimento disponível. Enquanto que o segundo, os “motivos porque”, refere-se às ações já concluídas, remontadas ao passado, que repercutem no plano de conduta do ator e explicam certos aspectos da realização do projeto.

Considerando o princípio da adequação, retornou-se aos participantes do estudo com a finalidade de apresentar as categorias de ação elencadas, bem como seus respectivos motivos “porque” e motivos “para”, destinando-se a alcançar a concordância do construto com a realidade e validar o método.

Por fim, o último princípio, a racionalidade lógica científica culminou na criação do tipo ideal, considerado ideal por ser anônimo e não se restringir a nenhum dos sujeitos em particular. Configura-se como uma estrutura metodológica derivada da apreensão de aspectos que são típicos de uma ação executada por um determinado tipo de pessoa em uma situação definida⁷.

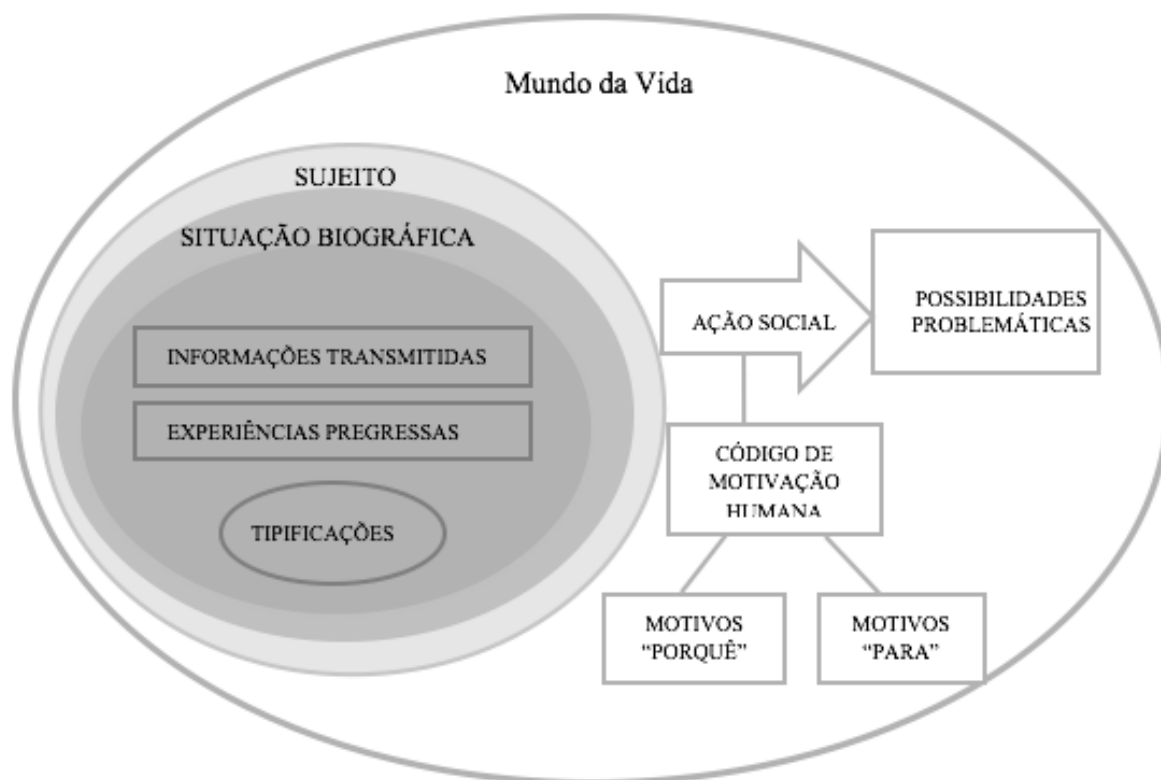
Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer Nº 1.345.588/2015. O anonimato dos participantes foi garantido por meio da identificação das entrevistas transcritas com o nome de personagens históricos que contribuíram para o desenvolvimento do pensamento político.

RESULTADOS

Os resultados do estudo são apresentados mediante fundamentos conceituais, alinhados aos metodológicos, da Fenomenologia Social de Alfred Schutz (Figura 1). Houve, assim, a observância inicial e a interpretação dos constructos primários, que são as falas dos participantes, a sistematização em construtos secundários e a posterior manifestação do tipo ideal.

Figura 1 - Etapas conceituais da fenomenologia social de Alfred Schutz. Ceará, Brasil, 2016.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

A partir da fala dos participantes buscou-se reconhecer os aspectos subjetivos provindos da situação biográfica dos atores, segundo a qual foi possível aduzir o entendimento sobre política, aspecto inerente ao grupo social que cada indivíduo se insere, o sendo chamado de “caráter social do conhecimento”, por Schutz⁸. Assim, revelou-se o distanciamento do tema e a existência de uma tipificação marcada pelo cunho partidário e a execução de práticas corruptas, revelando certa aversão à temática:

“Política...? Como assim política? Sei lá o que é política... (riso)... Não tinha outra

*coisa para você pesquisar, não?!
(Georg Jellinek).”*

“Vixe! É para falar sobre política? A gente não pode
estu dar primeiro para depois responder não?
(Thomas Moore).”

*Ain, isso é muito difícil... não sei o que te responder...
Porque assim, na verdade eu não gosto de política sabe...
nunca gostei, então é algo para mim muito distante. Não
tenho conhecimento sobre o assunto, porque tenho é raiva
desse povo que se mete em política só para enganar a gente
(Hans Kelsen).*

Ademais, as falas dos discentes evidenciaram um modelo educacional básico conservador, focado na transmissão vertical de conhecimento em detrimento do pensamento crítico-reflexivo, favorecendo o desenvolvimento de uma postura passiva.

“Quando a gente sai do ensino médio a gente vem com uma visão muito alienada, com a prática de uma educação não questionadora, mais ‘decoreba’ mesmo... (Platão)”.

Hoje as dificuldades que nós temos, as dificuldades que a enfermagem enfrenta é reflexo de uma formação que não preza, muitas vezes, por essas discussões políticas, que não possibilita ao estudante ser protagonista da sua formação, que reflita. Que muitas vezes os estudantes se colocam em uma posição de receptor passivo do conhecimento, “caixas vazias”... (Aristóteles).

Além disso, a baixa inserção dos acadêmicos nos espaços políticos disponíveis na comunidade pode repercutir na apropriação desses dispositivos quando existentes na universidade.

“Eu não sou uma pessoa muito politizada, sempre estive à margem da política (...)

Hoje, dentro da universidade, eu acredito que tenham espaços que instiguem a politização dos estudantes, embora eu não faça parte deles (Karl Marx).”

Em contraponto, há falas que ressaltam a universidade como um instrumento de transformação social e fomentador de novas discussões e visões, por meio de estratégias como as extensões, grupos de estudo e pesquisa, centro acadêmico e congressos.

A minha postura em relação à política mudou muito após o meu ingresso na universidade, porque antes, na minha visão, a política era algo muito distante da minha profissão, hoje não, já consigo ver que eu preciso da política para conquistar as mudanças que eu desejo (Jonh Maynard Keynes).

É claro que eu já tinha uma ideia sobre o que seria a política e de como ela perpassa os diversos setores da sociedade, mas ao experimentar

os espaços dentro da universidade, as rodas de discussão, as extensões, projetos e as discussões em congressos a gente consegue ponderar com maior clareza sobre como nos utilizarmos dela e sobre como é necessário ocuparmos politicamente os mais variados espaços para sermos vistos e reconhecidos como categoria profissional relevante em uma equipe multiprofissional (Montesquieu).

...Nos momentos de internato, de inserção nos serviços propriamente dito, onde você visualiza as dificuldades, e consegue perceber como a população enxerga a enfermagem e a partir disso, há uma construção política (Miguel Reale).

Apesar do reconhecimento da universidade como espaço propício à politização, bem como dos dispositivos disponibilizados por ela, há a recorrente crítica de que o acesso a esses espaços não é igualitário.

A universidade tem um papel importante, mas eu acredito que isso não é igualitário. Eu acho que tipo, dentro de uma mesma turma você percebe que não é todo mundo que sai com uma formação assim, realmente igualitária, tanto no que diz respeito às competências profissionais, técnico-científicas, mas também políticas. Depende muito do aluno ir buscar esses espaços (John Locke).

Acredito que dentro da matriz curricular a discussão sobre política ainda é muito fragilizada, mas vai depender muito do docente, se ele tem um caráter político ele é fomentador da prática política dentro da sua disciplina, se for um docente de caráter assistencialista ele vai puxar mais para a assistência, e o que vemos é que a maioria dos professores tem o foco muito assistencial (...). Ao meu ver a gente comete um grande erro por não termos uma disciplina de sociologia aplicada a saúde ou a enfermagem (Immanuel Kant).

Após apresentar os construtos primários, elenca-se o código de motivações dos discentes culminando na categorização da ação humana e nos “motivos porque” e “motivos para”, como anunciado no Quadro 1.

Quadro 1 – Motivações dos discentes sobre a formação política no Curso de Enfermagem. Ceará, Brasil, 2016.

CATEGORIAS DAS AÇÕES		
	“Motivos porque”	“Motivos para”
Visualizar a política em seus aspectos democráticos e partidários	Associação do conceito de política a cidadania e democracia	Restrição da utilização da política
	Inter-relação da política com a corrupção e as mazelas sociais	Afastamento do discente acerca do tema
Compreender a política como ferramenta útil para a Enfermagem	Através da política há a normatização do exercício legal da profissão	Garantir o respaldo legal do fazer da enfermagem
	Alinhamento político-ideológico	Promover maior unidade à categoria
	Desperta a criticidade e fomenta novas práticas	Consolidar a enfermagem enquanto profissão
Apropriar-se dos dispositivos disponíveis na universidade que contribuem para a politização	Participação em projetos de extensão	Enriquecer o currículo
	Inserção nos serviços	Inter-relacionar a teoria ao fazer do enfermeiro. Desenvolver habilidades profissional
	Participação em grupos de estudo	Adquirir mais conhecimento. Desenvolver pesquisas. Dar continuidade na carreira acadêmica
	Centro Acadêmico	Instrumentalizar acadêmicos na luta pela categoria.
Compreender a universidade como responsável pela (DES)Apropriação política do discente	Reconhecimento e busca dos espaços fomentadores do pensamento político no âmbito universitário	Tornar-se um profissional diferenciado, apto para refletir criticamente
	Módulos ineficazes em fomentar o olhar político dos acadêmicos	Formação de cunho biologicista
	Docentes de formação tecnicista	Raras e insípidas discussões em sala de aula sobre política
	Ausência de módulos com fundamentos sociológicos	Formação de enfermeiros preponderantemente assistencialistas

No estudo, o tipo ideal revelado foi o discente de enfermagem avesso à política, capaz de visualizá-la como instrumento assegurador de sua cidadania, mas que encontra dificuldade de inter-relacioná-la ao seu fazer profissional, apesar de reconhecer o seu poder promotor de transformação da realidade profissional à medida que reforça a ideia de classe/categoria, além disso, compreende-a como uma ferramenta de respaldo legal ao exercício da profissão. Neste âmbito, a universidade é concebida como espaço propício a discussão política, mas que res-

tringe seus dispositivos fomentadores a uma delimitada parcela de acadêmicos. Cabe a estes a iniciativa de buscar nos espaços extracurriculares mecanismos que incitem a sua politização.

DISCUSSÃO

Embasando a análise na perspectiva fenomenológica de Schutz, pressupõe que a compreensão de um fenômeno só se torna viável quando há a apreensão do mundo da vida dos sujeitos. Nesse percurso, as ações desses são conduzidas por suas

motivações. Desse modo, os construtos iniciais foram tencionados, obtendo-se informações pertinentes acerca da situação biográfica dos mesmos. Com isso, foi possível inferir que a forma como os discentes se relacionam e concebem a política está intrinsecamente ligada às tipificações construídas sobre ela.

As tipificações sobre a política revelam um cunho partidário e eleitoral, o que restringe a sua utilização a grupos partidários, e favorece a inércia política, à medida que induz uma postura passiva. Tal ideia destoa da conceituação política como sendo a habilidade humana de conhecer, participar, opinar, decidir e intervir sobre questões sociais e políticas⁽⁹⁾.

A Enfermagem, no entanto, tem buscado repensar suas práticas, reafirmar-se como ciência e desvincular-se das tipificações acerca da profissão⁽¹⁰⁾. Para isso, faz-se necessário provocar mudanças no ensino superior com vistas a suplantar questões que perpetuam o modelo tradicional de ensino, pois, potencializar a autorreflexão, a conscientização e assimilação dos alunos sobre as suas práticas, introjeta valores que os empoderam, tornando-os enfermeiros com posturas crítica, reflexiva⁽¹¹⁾ e, necessariamente, política.

Os acadêmicos, ao serem admitidos na universidade, já trazem consigo uma carga de informações que poderão ser reformuladas ou refinadas dentro da graduação. A universidade deve, então, atuar como ferramenta capaz de fornecer nova visão e discussão, bem como espaços propícios à vivência de novas experiências, influenciando o processo de subjetividade e transformando o posicionamento dos indivíduos⁽¹²⁾. Tal aspecto induz na conversão de uma nova prática profissional, ao promover o desenvolvimento de uma postura autônoma, crítica e criativa que repercute na qualificação da assistência, ressignificação do cuidar e transformação da realidade, e por consequente, na valorização da enfermagem⁽¹³⁾. Entretanto, reflete-se que o ensino ainda é preponderantemente focado na apuração de habilidades técnicas.

Na categorização das ações, identificou-se o **“visualizar a política em seus aspectos democráticos e partidários”**. Tal conceituação é proveniente da tipificação construída a partir da observância (situação biográfica dos atores), embora inconsciente, dos aspectos estruturantes da sociedade de caráter fundamentalmente político, o que promove à visão atrelada da política a democracia e acaba por restringir seus conceitos.

Além disso, a aversão do típico construído ao tema é evidenciada nas primeiras reações após o anúncio das questões elencadas por meio da transmutação da postura acessível do discente para um posicionamento resistente e evasivo, ou ainda pela própria fala dos participantes que afirmam *“não gosto de política”* ou *“não tenho muito conhecimento sobre política”*.

No **“compreender a política como ferramenta útil para a enfermagem”**, observou-se que a apreensão da política como

estratégia de reafirmação e significação social do fazer profissional ainda é insípida, o que se manifesta em respostas vagas sobre como a política poderia ser útil na luta pela valorização da enfermagem.

Em relação ao **“apropriar-se dos dispositivos disponíveis na universidade que contribuem para a politização”**, demonstraram-se construtos primários e dispositivos ofertados pela universidade que contribuem para a construção do ser político. A oportunização desses espaços de discussão e vivências incita o senso crítico, a ideia de classe e a visualização da necessidade de organização na categoria para o alcance de conquistas profissional, despertando para um compromisso político nos acadêmicos⁽¹⁴⁾.

Assim, tem-se **“a universidade como responsável pela (des)apropriação política do discente**, na qual a graduação é apontada pelos discentes como momento propício para o desenvolvimento do pensamento crítico, mas que carece de investimentos na matriz curricular, e adoção de posturas e implicações políticas também pelos docentes.

Dessa forma, é urgente provocar um movimento de politização da categoria com vista a lograr êxito na luta pela valorização da enfermagem, enquanto classe e ciência, nos diversos espaços que se discutam essa profissão. Nesse interim, reconhece-se a universidade como crucial para despertar criticidade dos acadêmicos e fomentar o envolvimento político⁽¹⁵⁾ dos futuros profissionais.

Limitações do estudo

Os resultados anunciados nesse estudo devem ser analisados com cautela, considerando terem a delimitação de um curso de enfermagem. Contudo, isso não minimiza a relevância de seus achados e, especialmente, o teor reflexivo que provocam. Ademais, recomendam-se estudos que explorem o objeto em análise a partir de demais prismas, como análises pedagógicas e curriculares sobre a formação política do futuro enfermeiro.

Contribuição para a prática

O estudo enseja despertar para discussões sobre a formação política dos estudantes de enfermagem. Tal provocação é vital para o fortalecimento profissional do enfermeiro ao estimular um exercício sustentado pela autonomia científica e poder, e no adequado reconhecimento e visibilidade social do seu fazer. Ademais, fomenta entidades de classe mais fortes e representativas.

CONCLUSÃO

A enfermagem, ao longo dos anos, tem lutado para conquistar novos espaços e se afirmar como ciência e profissão relevante para a assistência qualificada e integral no contexto da saúde. Observa-se, no entanto, alguns movimentos de retrocessos marcados pelo, ainda, desalinhamento ideológico e político da

categoria, pela reprodução de práticas tecnicistas de forma autômata e pela postura permissiva dos seus atores, o que contribui para a invisibilidade de seu fazer profissional.

A transformação dessa realidade perpassa a mudança paradigmática na formação de seus futuros profissionais, sendo, portanto, a universidade crucial nesse processo de politização dos discentes, com vistas a instigar o desenvolvimento de uma postura crítica-reflexiva, autônoma e criativa no futuro profissional.

Os achados do estudo, no entanto, evidenciam que o discente típico de enfermagem demonstra inapropriação da ferramenta política, apesar de reconhecer a necessidade de se apoderar dela para desenvolver suas competências profissionais. Além disso, concebe a universidade como espaço favorável para o desenvolvimento do pensamento político, mas que restringe seus espaços a uma parcela dos acadêmicos e pouco problematiza tais questões dentro dos módulos, que, em sua maioria, cen-

tram-se no processo saúde-doença.

Assim, o tipo ideal do acadêmico de enfermagem desvelado por meio do estudo corrobora para a necessidade de abertura igualitária aos espaços fomentadores do debate político no âmbito universitário, e para a criação de novos dispositivos e inclusão de eixos políticos na estrutura curricular do curso de Enfermagem.

Contribuição dos Autores: Maria da Conceição Coelho Brito - concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Ana Kézia Cunha de Queiroz - concepção, análise e interpretação dos dados, e redação do artigo; Maria Socorro Araújo Dias - análise dos dados, revisão crítica e revisão final; Maria Adelane Monteiro da Silva - análise dos dados, revisão crítica e revisão final; Dirce Stein Backes - análise dos dados e revisão final; Marina Pereira Moita - análise dos dados e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Kroeff MS, Mattos MCCM, Matos JC, Spudeit DFAO. Sociologia das profissões e o profissional da informação. *Comun & Inf* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 10];20(3):18-33. Available from: <http://www.brapci.inf.br/index.php/res/download/81062>
2. Magagnin AB, Aires LCP, Freitas MA, Heidemann ITSB, Maia ARC. O enfermeiro enquanto ser político-social: perspectivas de um profissional em transformação. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 10];17(1):2-7. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39575/751375137556>
3. Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 05];47(3):736-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342013000300736&script=sci_abstract&tlng=pt
4. Schutz A. Fenomenologia del mundo social: introduccion a la sociologia comprensiva. Buenos Aires: Paidós; 1972.
5. Schutz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
6. Zeferino MT, Carraro TE. Alfred Schütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. *Texto & context enferm* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 05];22(3):826-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072013000300032&script=sci_abstract&tlng=pt
7. Macedo FMF, Boava DLT. Fenomenologia Social: Possibilidades para a Pesquisa Organizacional. In: Anais do VII Encontro de pesquisas organizacionais; 2012 mai 20-22; Curitiba, Brasil. ANPAD; [Internet]. 2012 [cited 2018 Nov 06]. Available from: http://www.anpad.org.br/adm/pdf/2012_EnEO391.pdf
8. Saraiva RJ, Rosas AMMTF, Rodrigues MDG, Valente GSC, Marques EMBG. A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz como método de pesquisa na enfermagem. *Saud Col* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 10];(08)ed.42:562-4. Available from: http://bdigital.lipg.pt/dspace/bitstream/10314/4173/1/ermelindam_168a.pdf
9. Oliveira DM, Deus NCP, Caçador BS, Silva EA, Garcia PPC, Jesus MCP et al. Saberes e práticas de enfermeiros sobre a participação social na saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 10];69(3):394-00. Available from: https://www.researchgate.net/publication/304339542_Saberes_e_praticas_de_enfermeiros_sobre_a_participacao_social_na_saude
10. Adams E. Nursing Now campaign engages global power. *XX International News*; [Internet]. 2018 [cited 2019 Setep 22];26(2). Available from:
11. Day L, Ziehm SR, Jessup MA, Amedro P, Dawson-Rose C, Derouin A, et al. The power of nursing: An innovative course in values clarification and self-discovery. *Journal of Professional Nursing*; [Internet]. 2017 [cited 2019 Setep 22];33:267-0. Available from: doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01069.x
12. Winters JRF, Prado ML, Waterkemper R, Kempfer SS. Formação dialógica e participativa na enfermagem: contribuição ao desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e criativo de acadêmicos. *REME rev min enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 26];21:e-1067. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1205>
13. Mesquita SKC, Menezes RMV, Ramos DKR. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab educ saúde* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 5];14(2):473-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00114.pdf>
14. Silva CF, Miranda MGO, Saraiva AKM. O compromisso político que permeia a formação em enfermagem: o estágio em questão. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2019 Setep 11];10(9):3275-83. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11407/13183>
15. Sposito MP, Tarábola FS. Experiência universitária e afiliação: multiplicidade, tensões e desafios da participação política dos estudantes. *Educ soc* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 11];37(137):1009-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/es/v37n137/1678-4626-es-37-137-01009.pdf>

CENÁRIO DA ENFERMAGEM FORENSE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA E NA PESQUISA

Jhuliano Silva Ramos de Souza¹
Andreia Cristina Barbosa Costa¹
Sueli de Carvalho Vilela¹

<https://orcid.org/0000-0002-4338-4433>
<https://orcid.org/0000-0003-3484-9638>
<http://orcid.org/0000-0003-3034-3904>

Objetivo: analisar como o cenário da enfermagem forense contribui para a formação do enfermeiro na assistência e na pesquisa. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa, sendo utilizadas 6 bases de dados, com descritores forensic nursing, education, nursing, curriculum, enfermagem forense, educação em enfermagem, currículo, totalizando uma amostra final de 13 artigos. **Resultados:** o nível de evidências dos estudos baseou-se em opiniões de especialistas e em pesquisas qualitativas, nos quais surgiram duas categorias relacionadas ao ensino da enfermagem forense, modificando o cenário científico e assistencial da enfermagem; e o cenário da enfermagem forense como especialidade nova na enfermagem. **Conclusão:** quanto à formação, observa-se que, embora seja uma especialidade nova, ainda permanece como uma área pouco explorada pelos enfermeiros. Com isso, acredita-se que é pertinente aprofundar o estudo sobre como a enfermagem forense tem se consolidado no ensino, bem como as possíveis lacunas existentes nesse setor.

Descritores: Enfermagem Forense; Educação em Enfermagem; Currículo.

SCENARIO OF FORENSIC NURSING IN NURSING TRAINING IN ASSISTANCE AND RESEARCH

Objective: analyze how the scenario of forensic nursing contributes to the training of nurses in care and research. **Method:** it is an integrative review, using 6 databases, with descriptors forensic nursing, education, nursing, curriculum, forensic nursing, nursing education, curriculum, forensic nursing, nursing education and curriculum, totaling for the final sample of 13 articles. **Results:** the level of evidence in the studies was based on expert opinions and qualitative research, in which two categories related to the teaching of forensic nursing emerged, changing the scientific and care scenario of nursing; and the scenario of forensic nursing as a new specialty in nursing. **Conclusion:** regarding training, it is observed that, although it is a new specialty, it still remains an area little explored by nurses. With this, it is believed that it is pertinent to deepen the study on how forensic nursing has been consolidated in teaching, as well as the possible gaps in this sector.

Descriptors: Forensic Nursing; Education, Nursing; Curriculum.

ESCENARIO DE ENFERMERÍA FORENSE EN FORMACIÓN EN ENFERMERÍA EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN

Objetivo: analizar cómo el escenario de la enfermería forense contribuye a la formación de enfermeras en atención e investigación. **Método:** es una revisión integradora, que utiliza 6 bases de datos, con descriptores de enfermería forense, educación, enfermería, currículo, enfermería forense, educación en enfermería, currículo, enfermería forense, educación en enfermería y currículo, totalizando para la muestra final de 13 artículos. **Resultados:** el nivel de evidencia en los estudios se basó en opiniones de expertos e investigaciones cualitativas, en las que surgieron dos categorías relacionadas con la enseñanza de la enfermería forense, que cambiaron el escenario científico y asistencial de la enfermería; y el escenario de la enfermería forense como una nueva especialidad en enfermería. **Conclusión:** con respecto a la capacitación, se observa que, aunque es una nueva especialidad, sigue siendo un área poco explorada por las enfermeras. Con esto, se cree que es pertinente profundizar el estudio sobre cómo la enfermería forense se ha consolidado en la enseñanza, así como las posibles brechas en este sector.

Descriptores: Enfermería forense; Educación en Enfermería; Currículo.

¹Universidade Federal de Alfenas, MG.
Autor Correspondente: Jhuliano Silva Ramos de Souza Email: jhulianoramoz@hotmail.com

Recebido:18/2/2020 Aceito:21/7/2020

INTRODUÇÃO

A enfermagem contemporânea tenta romper com o modelo tecnicista e mecanicista, abraçando um paradigma envolto nos aspectos sociais, humanísticos, éticos e interpessoais como processos fundamentais de quem necessita de cuidados. Isso não poderia ser diferente na formação dos enfermeiros, carecendo de inserções e de mudanças no âmbito acadêmico profissional¹.

A enfermagem forense (EF) mostra-se em destaque como uma nova especialidade reconhecida legalmente em 1995 pela Associação Americana de Enfermeiros (ANA)² e, no Brasil, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na resolução nº 389, de 18 de outubro de 2011³. Essa especialidade tem como vertente a violência. Assim, os enfermeiros lidam com pacientes vítimas de violência e os perpetradores, utilizando seus saberes científicos de enfermagem com o alinhamento das ciências forenses⁴. Nessa ótica, abrange o papel essencial no cuidado social, psicológico e humanístico do indivíduo vulnerável à violência e, não exclusivamente, os procedimentos clínicos/tecnicistas, científicos e legais⁵.

Nesse sentido, o Brasil torna-se um campo fecundo para a EF, uma vez que destaca-se como o país em que há grande incidência de violência nas diversas categorias e evidencia as causas de morte, como os homicídios por arma de fogo, violência contra negros, violência contra a mulher, dentre outros⁶.

No contexto educacional⁷, demonstra sua importância em programas de ensino de enfermagem e na educação continuada tanto em cursos de graduação como de pós-graduação em enfermagem. Os efeitos positivos da EF⁷ estão relacionados a diminuição da sobrecarga no sistema de saúde, os benefícios no atendimento e na segurança das pessoas, tanto no cuidado ao indivíduo e aos familiares como ao profissional¹.

Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo analisar como o cenário da enfermagem forense contribui para a formação do enfermeiro na assistência e na pesquisa

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura em que foram percorridas as seguintes etapas: problema e objetivo de pesquisa; busca na literatura; critérios de inclusão e de exclusão; análise dos artigos; apresentação e discussão dos resultados⁸. Iniciou-se com a

definição do problema por meio da questão norteadora: Quais as contribuições do cenário da enfermagem forense para a formação do enfermeiro na assistência e na pesquisa?

Critérios de inclusão e exclusão

Empregaram-se como critérios de inclusão artigos na íntegra, disponíveis online e um recorte temporal dos últimos 10 anos (2008 a 2018). Optou-se por utilizar esse recorte em vista em analisar as publicações atualizadas sobre a temática, uma vez que a formação do enfermeiro tanto na assistência quanto na pesquisa é dinâmica. Foram excluídos artigos duplicados, dissertações de mestrado, teses de doutorado, estudo de casos clínicos e artigos que trouxessem o papel de outros profissionais na prática forense.

Procedimento de coleta de dados e análise dos dados

A coleta foi realizada em agosto de 2018 nas seguintes bases de dados/banco eletrônicos, através do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Web Of Science (WOS); SCOPUS (Elsevier); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Cientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature and Retrieval System on Line (MEDLINE) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para tal, utilizaram-se os cruzamentos dos Descritores Ciência da Saúde (DECS) e Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine (Mesh): Forensic Nursing AND Education, nursing; Forensic Nursing AND Currículo; Forensic Nursing AND Currículo AND Education, nursing; Enfermagem Forense AND Educação em Enfermagem; Enfermagem Forense AND Currículo; Enfermagem Forense AND Educação em Enfermagem AND Currículo.

O nível de evidência baseou-se na classificação de seis níveis, sendo o primeiro relacionado a revisões sistemáticas e de metanálise; o segundo, quanto a estudos experimentais e de pesquisas clínicas; o terceiro, a estudos quase experimentais; o quarto, referente a estudos descritivos ou qualitativos; o quinto, a relato de experiências; por fim, o sexto baseou-se em opiniões de especialistas⁹.

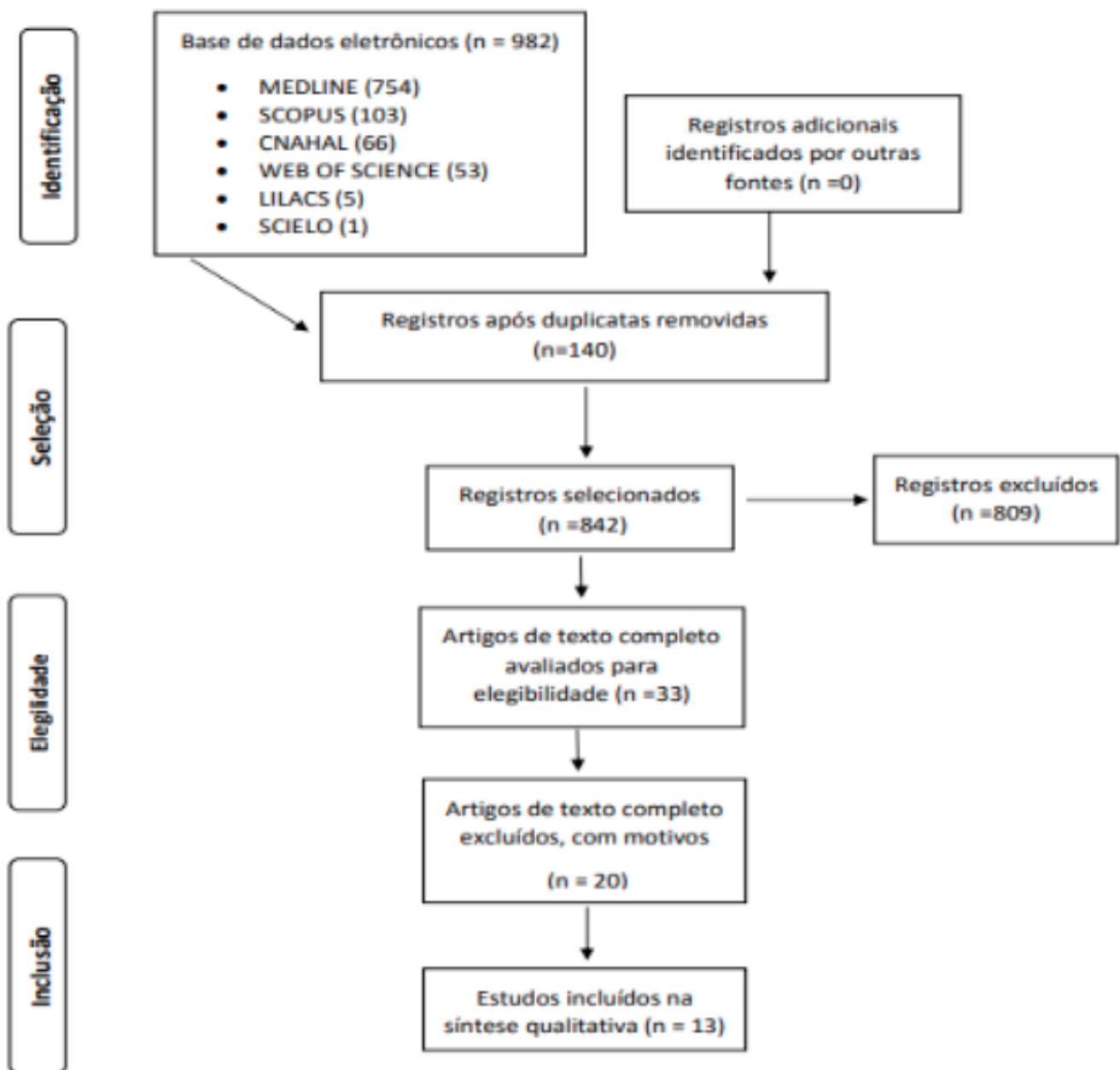
Criou-se um banco de dados, o qual foram contemplados os critérios: título; autor; ano; publicação; fonte; objeto; metodologia; resultado; conclusão e nível de evidência. O conteúdo foi interpretado por meio de categorização na vertente de Bardim¹⁰.

RESULTADOS

A busca bibliográfica resultou em 982 estudos na primeira seleção feita pelas leituras de títulos e de resumos. Da busca, excluiram-se os artigos duplicados (140) e aqueles que não atenderam à pergunta norteadora (809) por serem trabalhos sobre estudos voltados a ensaios clínicos, temas relacionados à enfermagem forense no atendimento clínico e estudos relacionados às ciências forenses que não se enquadravam com a temática.

A partir da primeira análise, 33 estudos foram pré-selecionados, dentre os quais foram lidos na íntegra. Desses, 16 concentrados na MEDLINE; 3 na CINAHL; e 1 na WOS, não atenderam o objetivo do estudo, por se tratarem de temas referentes a abuso de idosos, simulação realística na prática, ética em enfermagem, mercado de trabalho na enfermagem, evolução histórica da enfermagem, sendo excluídos após análise criteriosa. Assim, a amostra resultou em 13 artigos, como evidência o diagrama Prisma¹¹ abaixo:

Figura 1 – Processo de seleção dos estudos encontrados pelas bases de dados, elaborado de acordo com o Diagrama Prisma.



Fonte: elaborado pelos autores conforme o Diagrama de PRISMA.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados, segundo autor/ano, título, periódico, objetivo, método, resultados e nível de evidência. Alfenas-MG, 2019.

Autor/Ano	Título	Periódico	Objetivo	Método	Resultados	Nível de Evidência
Kent-Wilkinson, 2009.	Forensic nursing education in North America: Social factors influencing educational development	Journal of Forensic Nursing	Explorar o conhecimento forense de enfermagem como área especializada de estudo e fatores que influenciam o desenvolvimento educacional.	Pesquisa Qualitativa	Mudanças no contexto social impactam na prática de enfermagem forense aos profissionais.	4
Kent-Wilkinson, 2009.	An exploratory study of forensic nursing education in North America: Constructed definitions of forensic nursing	Journal of Forensic Nursing	Explorar o conhecimento forense de enfermagem como área especializada de estudo, e fatores que influenciam seu desenvolvimento educacional.	Pesquisa Qualitativa	Houve diferentes conceitos sobre a enfermagem forense e sua relevância como ciência.	4
Silva KB, Silva R de C, 2009.	Enfermagem forense: uma especialidade a conhecer	Cogitare Enferm.	Relatar como ocorre a atuação da enfermagem forense nos Estados Unidos da América.	Revisão de Literatura	Contribuição para trazer a especialidade de enfermagem forense ao Brasil.	6
Ferguson CT, Speck PM, 2010.	The forensic nurse and violence prevention and response in public health	Journal of Forensic Nursing	Prevenir a violência através da resposta do enfermeiro forense na saúde pública.	Revisão de Literatura	Mudanças no ensino da enfermagem forense na atuação frente ao combate à violência.	6
Kent-Wilkinson, 2011.	Forensic nursing educational development: An integrated review of the literature	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Analisar o desenvolvimento histórico de cada uma das subespecialidades de enfermagem forense.	Revisão Integrativa	Identificou déficits de conhecimento sobre a enfermagem forense como especialidade.	6
Alsaif DM et al., 2014.	Forensic experience of Saudi nurses: An emerging need for forensic qualifications	Journal of Forensic and Legal Medicine	Determinar as qualificações forenses de enfermeiros que atuam em serviços de emergência na área de Dammam e seus conhecimentos sobre os princípios da enfermagem forense.	Pesquisa Analítica Descritiva	A escassez de conhecimento sobre a enfermagem forense faz com que os enfermeiros busquem se capacitarem com intuito de melhorar a assistência de trabalho.	4
Choi KC, 2014.	Forensic Nursing Philosophy: Examining Epistemological Assumptions About Truth and Knowledge in the Integrated Practice Model	Journal of Forensic Nursing	Esclarecer as definições de verdade e o conceito relacionado ao conhecimento na enfermagem forense.	Editorial	Importância da teoria da enfermagem forense para a disseminação do conhecimento aos enfermeiros	6

Autor/Ano	Título	Periódico	Objetivo	Método	Resultados	Nível de Evidência
Esteves RB, Laiuk GC, Cardoso L, Kent-Wilkinson A, 2014.	Toward the establishment of a forensic nursing specialty in Brazil: An integrative literature review	Journal of Forensic Nursing	Analisar e sintetizar sobre o desenvolvimento da especialidade enfermagem forense em todo o mundo e extrair lições para o estabelecimento importante de uma especialidade de enfermagem forense no Brasil.	Revisão Integrativa	Contribuição da enfermagem forense internacional para a enfermagem brasileira.	6
Kalayci I, Yazici SO, Küpeli A, 2014.	Assesment of the Knowledge Level of Nursing Students on Forensic Nursing	Procedia - Social and Behavioral Sciences	Avaliar o nível de conhecimento de estudantes de enfermagem em Saúde da Escola da Universidade Mehmet Akif Ersoy sobre o conceito de enfermagem forense.	Pesquisa Transversal Descritiva	Os estudantes não possuem conhecimento sobre a disciplina de medicina forense e conhecimentos sobre a enfermagem forense, possibilitando a inserção de conteúdos curriculares.	4
Topçu ET, Kazan EE, 2018.	The opinions of senior nursing students about forensic nursing	Egyptian Journal of Forensic Sciences	Determinar as opiniões de estudantes de enfermagem seniores sobre enfermagem forense.	Pesquisa Descritiva	A enfermagem forense deveria ser oferecida como uma disciplina nas intuições de ensino, e ter seu reconhecimento como especialidade e capacitar os profissionais a respeito dessa ciência.	4
Simmons B, 2014.	Graduate forensic nursing education: How to better educate nurses to care for this patient population	Nurse Educator	Fornecer informações sobre enfermagem forense e apresentar um modelo de um programa de pós-graduação de enfermagem forense que pode ser usado como um guia de currículo.	Revisão da Literatura	Contribuir para a formação de enfermeiros forenses por meio de programas de ensino, a melhoria do cenário da prática.	6
Valentine JL, 2014.	Why we do what we do: A theoretical evaluation of the integrated practice model for forensic nursing science	Journal of Forensic Nursing	Explorar a teoria, aplicando diretrizes de avaliação específicas e avaliar sua aplicação ao estado atual da enfermagem forense.	Revisão da Literatura	Mostra a relevância do modelo da teoria da enfermagem forense para o cenário atual da enfermagem, como um ponto estratégico na mudança do cenário científico.	6
Dash SK, Patel S, Chavali K, 2016.	Forensic nursing - Global scenario and Indian perspective	Journal of Forensic and Legal Medicine	Analisar a perspectiva da enfermagem forense no cenário indiano.	Revisão de Literatura	Lacunhas de conhecimento no campo de atuação e de formação, incentivando os órgãos públicos e futuros profissionais da área, em se especializarem no campo forense.	6

A partir da análise qualitativa dos estudos, surgiram duas categorias que serão discutidas a seguir, que envolvem: a) o ensino de enfermagem forense no campo assistencial e da pesquisa e b) o cenário da enfermagem forense como especialidade na enfermagem.

DISCUSSÃO

O ensino de enfermagem forense no campo assistencial e da pesquisa

A atuação do enfermeiro forense deve ser humanizada e integrada aos pacientes¹². No entanto, esse profissional enfrenta no campo de trabalho problemas sociais e comportamentais referentes às vítimas, suspeitos ou agressores da violência¹³. Ter a sua presença na prática clínica pode trazer transformações positivas nos serviços de saúde, garantindo, assim, uma qualidade na assistência¹⁴. Para que isso ocorra, é imprescindível que se formem profissionais conceituados para atender às necessidades atuais e futuras daqueles que precisam de cuidados¹⁵.

No que se refere à formação dos profissionais de enfermagem, estudos ressaltam que a enfermagem forense pode impactar positivamente na formação dos discentes e dos docentes, incentivando-os no campo da pesquisa, com o intuito de melhorar não só o atendimento a casos de violência como também contribuir com a sociedade¹²⁻¹³.

Em vista disso, o ensino e a pesquisa são caminhos para que os enfermeiros adquiram autonomia, responsabilidade, diante dos enfrentamentos relacionados ao atendimento às vítimas e aos agressores da violência nos seus diferentes cenários¹⁵. Quando esses estudantes e profissionais adquirem conhecimentos em enfermagem forense, melhoram suas competências e habilidades para o atendimento às pessoas em situações de violência e despertam o interesse pela área, o que propicia dar continuidade em seus estudos, como no mestrado e no doutorado¹⁴.

A teoria de Virginia Lynch impacta na evolução e no crescimento da ciência da enfermagem forense, relaciona conceitos teóricos voltados às questões socioculturais, legislativas, comportamentais e de proteções às vítimas. Esse fato manifesta os aspectos positivos na reformulação de projetos pedagógicos de cursos de enfermagem¹⁴. Corroborando com o estudo que evidencia resultados satisfatórios¹⁶ daqueles que recebem informação e capacitação, porém existem ainda lacunas de conhecimentos sobre essa especialidade aos futuros enfermeiros¹⁷.

Alguns artigos evidenciam a lacunas de conhecimento de estudantes de enfermagem quanto a conceitos de enfermagem forense, campo de atuação profissional, assuntos relacionados à medicina legal¹⁸⁻¹⁹.

Em visto disso, é necessário que as universidades invistam

em programas de ensino, pesquisa e extensão que acrescentem ou valorizem os conteúdos curriculares, diante da necessidade de os enfermeiros buscarem programas de especialização na área de medicina legal bem como façam pesquisas para melhor reconhecimento dessa área nos campos de assistência e do ensino de enfermagem^{17,18,19}.

O cenário da enfermagem forense como especialidade na enfermagem

Como especialidade, a enfermagem forense possibilita aprofundamento nas temáticas de violência quanto à avaliação e à assistência¹⁷, às políticas públicas de prevenção e de promoção de saúde¹⁶, aos aspectos do cuidado médico-legais da violência¹⁹ e à educação preventiva²⁰.

Os resultados da enfermagem forense como especialização se mostram positivos em vários países segundo as peculiaridades destes. Na Índia, a atuação está voltada para o atendimento de casos de violência sexual, destacando-se o papel do Enfermeiro Examinador de Agressão Sexual (SANE)²¹, esta permanece pouco explorada e reconhecida, ressaltando-se sua importância na assistência, no ensino e na pesquisa como forma de contribuir com a sociedade e com a justiça. Na Arábia Saudita, os profissionais que trabalham na emergência conhecem a especialidade e a prática forense, e a relevância desse profissional nesse setor. No entanto, 90,0% deles não tiveram treinamentos, preparo ou educação continuada para lidarem com casos forenses em seu ambiente de trabalho¹⁷.

Nas regiões do Canadá, EUA, Bermuda, Puerto Rico e Austrália, destacam-se os Enfermeiros Forenses Examinadores de Agressão Sexual (SANE) no atendimento a crianças, adolescentes e adultos^{14, 20, 22, 23}.

Na América do Sul, o Brasil é um dos países em que o avanço dessa especialidade está sendo consolidado, sendo um campo ainda pouco explorado nos cursos de enfermagem, o que levanta lacunas pela falta de conhecimentos nos cursos e a necessidade de falar sobre o assunto nas universidades²⁴. Acrescenta-se que essa é uma oportunidade para a enfermagem brasileira avançar e implantar a especialidade no país (graduação e pós-graduação), para atender às necessidades da população, seja no campo social, cultural, econômico e político, bem como melhorar a assistência de enfermagem a esse público, para que os profissionais consigam desenvolver habilidades, competências e autonomia no cuidado²².

Quanto à oferta de cursos de enfermagem forense, existem aspectos positivos que estão relacionados à oportunidade e ao interesse de quererem se especializar, no entanto há aspectos negativos voltados à qualidade da oferta desses cursos e à falta de oportunidade ao mercado de trabalho para esses especialistas, impactando não somente

na formação desses profissionais, como em sua assistência frente as situações de violência e de criminalidade²⁰.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do estudo, evidenciam-se poucos trabalhos sobre o tema, o que motiva a realização de pesquisas que possam contribuir para a enfermagem forense na graduação, com estudos que mostrem as lacunas de conhecimento e suas reflexões na assistência para que se possam desenvolver habilidades e competências ainda no processo de formação do enfermeiro. No contexto social, essa realidade também merece atenção uma vez que essas lacunas inviabilizam uma prática assistencial resolutiva.

Contribuições do Estudo para a Prática

O estudo contribui para despertar nos cursos de enfermagem a possibilidade de acrescentar uma disciplina de Enfermagem forense nos respectivos cursos, mesmo sendo considerada uma especialização da profissão, ela pode impactar positivamente na formação dos discentes, no incentivo a pesquisas e no cuidado integral a população.

CONCLUSÃO

Por meio da revisão de literatura, foi possível explorar o

cenário da enfermagem forense na formação do enfermeiro na assistência e na pesquisa. Evidenciou-se que a enfermagem forense é relativamente nova enquanto especialidade, mas pode contribuir na formação e na emancipação da assistência e na pesquisa em enfermagem.

A enfermagem forense tem-se apresentado como facilitadora da assistência ética, humanística e integradora tanto para as vítimas de violência quanto para os perpetradores. Os enfermeiros examinadores de agressão sexual (SANE) se destacaram como campo de atuação da enfermagem em diferentes países. Reconhece-se que, no Brasil, estudos devem ser desenvolvidos a fim de propiciar a identificação de novos campos de inserção dos profissionais de enfermagem.

Contribuição dos Autores: Jhuliano Silva Ramos de Souza: concepção e/ou desenho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica e revisão final; Andreia Cristina Barbosa Costa: análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica; Sueli de Carvalho Vilela: concepção e/ou desenho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica e revisão final.

Financiamento: O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Nunes ECDA, Silva LWS, Pires EPOR. Nursing Professional education: implications of education for transpersonal care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2):252-6. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200005>
2. International Association of Forensic Nurses. History of the Association. Silver Spring, Maryland: IAFN, 2017. Disponível em: <https://www.forensicnurses.org/page/AboutUS?> Acesso em: 22/01/2020.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 389, de outubro de 2011. Procedimentos de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. 202º - Seção 1- p-146. Brasília: Cofen, 2011. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_389_2011.pdf Acesso em: 21/01/2020.
4. Lynch VA. Forensic nursing science: global strategies in health and justice. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*. 2011; 1(2):69-76. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejfs.2011.04.001>
5. Kent-Wilkinson A. An exploratory study of forensic nursing education in north america: constructed definitions of forensic nursing. *J Forensic Nurs*. 2009;5(4):201-11. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01055.x>
6. Cerqueira D, Bueno S, Lima RSD, Neme C, Ferreira H, Alves PP et al. Atlas da Violência 2019 - Ipea e FBSP. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2019. 116 p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf Acesso em: 30/08/2019.

7. Simmons B, Grandfield K. Focus on forensic nursing education. *J Emerg Nurs.* 2013;39(6):633-4. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2013.06.010>
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2008; 17(4): 758-764. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
9. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res.* 1998;11(4):195-206. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](https://dx.doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7)
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 70. ed. Lisboa; 2010.
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009; 6(6):e1000097. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
12. Choi KR. Forensic nursing philosophy: examining epistemological assumptions about truth and knowledge in the integrated practice model. *J Forensic Nurs.* 2014;10(4):243-4. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/JFN.0000000000000050>
13. Valentine JL. Why we do what we do: A theoretical evaluation of the integrated practice model for forensic nursing science. *J Forensic Nurs.* 2014;10(3):113-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/JFN.0000000000000041>
14. Simmons B. Graduate forensic nursing education: how to better educate nurses to care for this patient population. *Nurse Educ.* 2014;39(4):184-7. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/NNE.0000000000000047>
15. Sekula LK, Colbert AM, Zoucha R, Amar AF, Williams J. Strengthening the science of forensic nursing through education and research. *J Forensic Nurs.* 2012;8(1):1-2. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1939-3938.2012.01136.x>
16. Ferguson LCT, Speck PM. The forensic nurse and violence prevention and response in public health. *J Forensic Nurs.* 2010;6(3):151-6. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1939-3938.2010.01080.x>
17. Alsaif DM, Alfaraidy M, Alsowayigh K, Alhusain A, Almadani OM. Forensic experience of saudis nurses: an emerging need for forensic qualifications. *J Forensic Leg Med.* 2014; 27:13-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2014.07.004>
18. Topçu ET, Kazan EE. The opinions of senior nursing students about forensic nursing. *Egypt J Forensic Sci.* 2018;8(1). doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s41935-018-0045-y>
19. Kalayci I, Yazici SO, Kupeli A. Assesment of the knowledge level of nursing students on forensic nursing. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2014; 131:130-4. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.091>
20. Kent-Wilkinson AE. Forensic nursing education in north america: social factors influencing educational development. *J Forensic Nurs.* 2009;5(2):76-88. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01038.x>
21. Dash SK, Patel S, Chavali K. Forensic nursing: global scenario and indian perspective. *J Forensic Leg Med.* 2016; 42:88-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2016.05.020>
22. Esteves RB, Lasiuk GC, Cardoso L, Kent WA. Toward the establishment of a forensic nursing specialty in Brazil: An integrative literature review. *J Forensic Nurs.* 2014;10(4):189-98. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/JFN.0000000000000048>
23. Kent-Wilkinson A. Forensic nursing educational development: an integrated review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2011;18(3):236-46. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01667.x>
24. Silva KB, Silva RDC. Enfermagem forense: uma especialidade a conhecer. *Cogitare Enferm.* 2009;14(3):564-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i3.16191>

COMPETÊNCIAS DO INTERNO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À GESTANTE

Antonia Tainá Bezerra Castro¹

Quiteria Larissa Teodoro Farias²

Maria Adelane Monteiro da Silva¹

Anna Jessyca Campos Sousa²

Mayara Nascimento de Vasconcelos⁵

Maristela Inês Osawa Vasconcelos¹

<https://orcid.org/0000-0001-9126-8990>

<https://orcid.org/0000-0003-3877-7598>

<https://orcid.org/0000-0001-9660-106X>

<https://orcid.org/0000-0001-6892-147X>

<https://orcid.org/0000-0002-8731-3215>

<https://orcid.org/0000-0002-1937-8850>

Objetivo: Descrever as contribuições do internato de enfermagem para a formação de competências do enfermeiro na atenção à gestante na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir das vivências práticas no módulo do Internato I, do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, no período de outubro de 2019 a janeiro de 2020. **Resultados:** O envolvimento nas consultas de pré-natal possibilitou ao interno de enfermagem aprimorar a prática de educação em saúde e atuação nas situações de vulnerabilidades, a partir da integração ensino-serviço-comunidade, sendo imprescindível para a formação do profissional enfermeiro nesse contexto assistencial. **Conclusão:** O internato em enfermagem tem impactos positivos sobre a formação, no que se refere o desenvolvimento de competências para a prática do cuidado a gestante. Assim, a participação nas consultas de pré-natal permitiu vivenciar a rotina do profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Internato em Enfermagem; Pré-natal; Estratégia Saúde da Família.

INTERNAL NURSING SKILLS IN CARING FOR PREGNANT WOMEN

Objective: Describing the nursing internship contributions for the nurse skills formation in the caring of pregnant women in the Primary Health Care. **Method:** It's a report developed from the practical experience in the Internship Module I, in the Nursing program at the Vale of Acaraú State University, from October 2019 to January 2020. **Results:** The engagement in the prenatal appointments has provided the internship in nursing to improve the practice in healthcare education and acting in vulnerable situations, starting from integration of teaching-service-community, being necessary for the education of the nurse professional in this essential context. **Conclusion:** The internship in nursing has positive impacts over the formation, for the development of skills to practice the health care pregnant. Therefore, the participation in prenatal appointments allowed the routine experience for the nurse professional in the Family Health Strategy.

Descriptors: Nursing Internship; Prenatal; Family Health Strategy.

COMPETENCIAS DEL PASANTE EN ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS

Objetivo: Describir las contribuciones de las pasantías de enfermería a la formación de competencias del enfermero en el cuidado de mujeres embarazadas en Atención Primaria de Salud. **Método:** Este es un informe de experiencia desarrollado a partir de las experiencias prácticas en el módulo de Pasantías I del Curso de Enfermería en la Universidad Estadual Vale do Acaraú, durante el periodo de octubre de 2019 a enero de 2020. **Resultados:** La participación en consultas prenatales permitió al interno de enfermería mejorar la práctica de la educación sanitaria y el trabajo en situaciones de vulnerabilidad, basado en la integración de la enseñanza-servicio-comunidad, siendo esencial para la formación de enfermeros en este contexto de atención. **Conclusión:** La pasantía de enfermería tiene un impacto positivo en la formación, con respecto al desarrollo de habilidades para la práctica de la atención a mujeres embarazadas. Así, la participación en consultas prenatales permitió experimentar la rutina del profesional de enfermería en la Estrategia de Salud Familiar.

Descriptores: Pasantía de enfermería; Cuidado prenatal; Estrategia de salud familiar.

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE.

²Universidade Federal do Ceará (UFC), CE.

³Universidade Estadual do Ceará (UECE), CE.

Autor Correspondente: Antonia Tainá Bezerra Castro Email: tainacastro02@hotmail.com

Recebido: 22/4/2020 Aceito: 21/6/2020

INTRODUÇÃO

O internato em enfermagem representa uma etapa importante durante a graduação, no qual possibilita o graduando relacionar a teoria oferecida na academia, com a prática do serviço, assim como, o crescimento pessoal e profissional, através da reflexão crítica sobre o processo de trabalho e as instituições de saúde durante as vivências práticas¹.

Nessa ótica, o internato em enfermagem implica no desenvolvimento de competências, o que contribui para a prática do futuro profissional, no que diz respeito atuar com resolutividade, eficácia e senso crítico frente os desafios impostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, para a formação e construção do enfermeiro é necessário que as instituições de ensino busquem a compressão e a integração entre os elementos ensino-serviço-comunidade, com o intuito de preparar o profissional de enfermagem para o cuidado em saúde². Destarte, a inserção do acadêmico de enfermagem nos serviços de saúde, fomenta na solidificação entre esses elementos, por meio do reconhecimento das reais necessidades da população, e diante disso, correlacionar teoria e prática na solução das problemáticas existentes.

A Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como um dos cenários de imersão dos internos de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que visa fornecer o cuidado integral, onde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolve atividades de promoção da saúde, redução de riscos, manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, bem como no tratamento e na reabilitação³.

No que se refere o cuidado pré-natal na atenção básica, o mesmo envolve prevenção, promoção da saúde e tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional, com o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, tendo em vista um parto de um recém-nascido saudável, sem impacto na saúde do binômio mãe-filho^{4,5}.

No tocante os cuidados de enfermagem em face do pré-natal, o enfermeiro é respaldado pela Lei do Exercício Profissional, nº 7.498/86, para atuar no cuidado pré-natal de baixo risco, cabendo-lhe prestar cuidados de enfermagem humanizados a gestante, prescrever medicamentos estabelecidos pelos programas de saúde, e desenvolver atividades de educação em saúde de forma individual ou coletiva⁵⁻⁶.

Dessa maneira, torna-se importante conhecer experiências exitosas da integração ensino-serviço-comunidade na APS, para a formação acadêmica e profissional, haja vista a qualificação do cuidado em saúde, e a transformação das práticas de saúde na atenção a gestante durante o cuidado pré-natal.

Assim, o estudo tem como objetivo descrever as contribuições do internato de enfermagem para a formação de competências do enfermeiro na atenção à gestante na APS.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência, em que são ferramentas de pesquisas descritivas que apresentam uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada de interesse da comunidade⁷.

Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido a partir das vivências práticas do módulo do Internato I, do Curso de Enfermagem da UVA, no período de outubro de 2019 a janeiro de 2020.

Na graduação em enfermagem da referida universidade ocorrem três internatos em diferentes tipos de serviços, sendo o Internato I na Atenção Primária, Internato II na Atenção Secundária e, o Internato III, na Atenção Terciária. O internato I é ofertado no oitavo semestre do curso, com carga horária total de 560 horas, onde o interno é inserido em um Centro de Saúde da Família (CSF) da sede do município de Sobral, Ceará, para desenvolver atividades de Atenção à Saúde, Gestão da Saúde e Participação Social/Intersetorialidade.

O CSF em questão conta com mais de trinta funcionários, distribuídos em três Equipes de Saúde da Família, composta por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentista e Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O interno desenvolve atividades sob a supervisão do enfermeiro do serviço com o intuito de facilitar a inserção e a formação do estudante. Assim, são realizadas consulta de enfermagem; à demanda espontânea e programada, a saber: pré-natal; puericultura; exame citopatológico e visitas domiciliares.

Participantes do estudo

Internas de enfermagem da UVA, sob a orientação das docentes do curso.

Aspectos éticos

Ressalta-se a não necessidade do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) neste estudo, tendo em vista que não há identificação das participantes.

Objetivos da Experiência

A experiência teve como objetivos desenvolver as habilidades e atitudes das internas de enfermagem no cuidado à gestante, no que diz respeito à prática de educação em saúde e atuação nas situações de vulnerabilidades.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O cuidado pré-natal é um cenário propício para abordar assuntos pertinentes em relação o gravídico-puerperal, as-

sim, realizavam-se atividades de educação em saúde a partir de orientações significativas, quanto às alterações comuns durante a gravidez, corrimentos vaginais patológicos, o uso indiscriminado de medicamentos, os sinais de alerta e/ou risco, alimentação saudável, amamentação, planejamento familiar e os cuidados com o recém-nascido.

Em vista disso, ao longo das consultas ocorreram ações educativas relacionadas aos hábitos saudáveis, a fim de prevenir a obesidade na gestação, no sentido de potencializar o autocuidado da gestante, sem advir uma diabetes ou hipertensão gestacional. E ainda, visando à qualidade do cuidado pré-natal, foram propostos conteúdos acerca dos sinais do trabalho de parto e o evento do parto, uma vez que, a mulher se expõe o risco da medicalização e a execução de intervenções desnecessárias, e com isso fortalecer a autonomia e assegurar desfechos positivos no processo parturitivo.

No que concerne os momentos de educação em saúde sobre o puerpério, com destaque o planejamento familiar na gestação, aconteceu de forma coletiva na sala de reuniões do CSF uma intervenção sobre os métodos contraceptivos indicados e contraindicados no pós-parto, contribuindo de forma significativa para o conhecimento, entendimento e segurança das mulheres no momento de optar pelo contraceptivo.

Destaca-se que é comum a gestante receber informações de familiares, vizinhas que vivenciaram a mesma experiência, no qual é vivenciada de forma individual para cada mulher, dessa maneira, por vezes são disseminados conhecimentos sem embasamento científico.

Frente ao exposto, percebeu-se a presença de tabus e crenças, no que refere a sexualidade na gestação, vista como um ato prejudicial para o bebê. Desse modo, por meio do diálogo com as gestantes foi desmitificado determinadas concepções equivocadas a respeito da saúde sexual durante a fase gestacional.

Na primeira consulta de pré-natal era realizado o reconhecimento dos antecedentes obstétricos, pessoais e familiares, bem como o contexto socioeconômico, buscando realizar uma triagem das gestantes, a fim de identificar quais necessitavam de um cuidado cauteloso, e assim, direcioná-las aos pontos de atenção à saúde.

Destarte, ao realizar a abordagem da gestante, foi possível reconhecer os determinantes de saúde que poderiam afetar o desenvolvimento de uma gestação saudável, dessa forma, ocorria semanalmente uma reunião com a equipe, composta pela enfermeira, dentista e ACS, para discutir sobre o contexto das gestantes vulneráveis, no tocante a busca ativa daquelas faltosas as consultas de pré-natal, para o melhor acompanhamento do caso, e o direcionamento a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde que o município dispõe.

O encaminhamento das usuárias aos outros serviços de atenção especializada ocorria mediante o preenchimento das fichas de referências, onde a central de regulação do município baseada em protocolos organizava o atendimento das gestantes na rede assistencial.

Ressalta-se, que os determinantes sociais do território em que ocorreu a vivência são bastante intensos, caracterizados por desemprego, condições de moradia inadequada, marginalidade, e baixos níveis socioeconômicos e educacionais. Diante desse contexto, algumas gestantes se encontravam em vulnerabilidade social, para isso, foi desenvolvida a articulação com as redes de apoio do município, para intensificar o cuidado a gestante em situação vulnerável.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

O envolvimento nas consultas de pré-natal possibilitou as internas de enfermagem o desenvolvimento de competências na atenção a gestante, a partir da integração ensino-serviço-comunidade, o que é imprescindível para a formação do profissional enfermeiro nesse processo.

Sob esse prisma, os momentos de educação em saúde favoreceram as internas habilidades relativas ao acolhimento humanizado e a escuta qualificada, sabendo respeitar as crenças, valores e compreender as necessidades de cada gestante, através de uma abordagem individual e psicossocial, no intuito de estabelecer vínculo, assim dando expressão à integralidade no cuidado. Nesse sentido, o contato estabelecido com as gestantes potencializou competências comunicativas e interativas em relação o ciclo gravídico-puerperal, visto que, nesse período a mulher traz consigo dúvidas, medos e anseios.

Esse achado vai de encontro a um estudo que objetivou compreender os elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes, no qual observou-se que os profissionais realizavam as orientações de forma geral, no sentido que a gestante fosse obrigada a realizar tais orientações, sem considerar as necessidades de cada uma⁸. Isto demonstra a necessidade de momentos de educação permanente com os profissionais enfermeiros, no sentido de capacitá-los para uma assistência humanizada e adequada, e conferir um olhar holístico sobre a gestante.

A prática de educação em saúde foi um componente essencial na atenção a gestante, no que tange o compartilhamento de orientações, como a importância dos cuidados na gestação, considerando as necessidades e anseios das gestantes, tornando-a empoderada e segura sobre si mesma.

Isso se corrobora frente às competências essenciais em obstetria preconizadas pela Confederação Internacional das Parteiras - ICM, que inclui dar apoio, cuidados e conse-

lhos durante a gravidez; promover o empoderamento para obter um melhor cuidado em saúde e ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças).

Diante do manifestado, para além do saber da gestante, evidencia-se expertises ao interno de enfermagem, que coloca em prática a virtude da educação em saúde, a partir dos ciclos teóricos na universidade, elucidando o papel do enfermeiro no contexto da ESF. Sendo assim, o desenvolvimento da prática de educação em saúde envolve competências técnica, e o internato em enfermagem ofereceu subsídios para aquisição destas.

Ao considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, a conjuntura sócio-demográfica e econômica, conheceram-se os fatores de risco que poderiam interferir na saúde materno-fetal, desse modo, fornecendo meios para uma assistência qualificada e resolutiva, capaz de minimizar os efeitos do risco sob o binômio mãe-filho¹⁰.

Isso se revigora a partir dos resultados de um estudo que evidenciou o encaminhamento das gestantes de alto risco por características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, como idade menor que 15 anos, adolescência com risco psicossocial, baixa escolaridade, dependência de drogas ilícitas e conflitos familiares¹¹.

Nessa perspectiva, à articulação com os pontos de atenção à saúde, representou importância para a prática assistencial, uma vez que revigorou um olhar integral sobre a gestante em situação de vulnerabilidade, permitindo identificar precocemente circunstâncias que afetasse a gestação, e intervir frente à problemática, minimizando os riscos da mortalidade materno-infantil.

A comunicação interprofissional em saúde se configura como uma estratégia valiosa no cenário da ESF, por possibilitar a integralidade do cuidado, e potencializar o trabalho da equipe. Nesse sentido, a comunicação entre as redes de saúde, e discussão de casos com a equipe multidisciplinar foi um ponto de partida para potencializar a competência dialógica¹².

A gestante em condição de risco e em situação de vulnerabilidade social requer atenção especial, haja vista a promoção da saúde e prevenção de agravos no percurso da gestação¹³. Isto posto, a articulação com as redes de atenção à saúde teve como objetivo alcançar bons indicadores de mortalidade materno-infantil, configurando-se como um apoio no cuidado à gestante.

Limitações da experiência

Como limitação destaca-se a realização da experiência em um internato de enfermagem de apenas uma universidade, em um determinado local, limitando-se a realidade de um território específico.

Contribuições para a prática

O estudo traz importante contribuição para área da enfermagem por explicitar a experiência exitosa do internato em enfermagem, o que poderá refletir sobre as transformações das práticas em saúde, de acordo com a necessidade local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O internato em enfermagem tem impactos positivos sobre a formação, no que se refere o desenvolvimento de competências para a prática do cuidado à gestante. A participação nas consultas de pré-natal permitiu vivenciar a rotina do profissional do enfermeiro na ESF, a qual envolve educação em saúde e atuar com resolubilidade nas situações de vulnerabilidade, tendo em vista o cuidado efetivo.

Frente ao exposto, fortalece a relevância da vivência, no que diz respeito à ampliação do olhar sobre a comunicação, como uma estratégia de cuidado a gestante, por proporcionar vínculo através das orientações durante a consulta de pré-natal, e permitir articulação entre as redes de atenção à saúde.

A experiência no território de saúde possibilitou, ainda, um olhar ampliado e reflexivo sobre as gestantes, para além do contexto clínico, considerando também os aspectos sociais, respeitando as particularidades do indivíduo.

Considerando que o internato em enfermagem é fundamental para a formação em enfermagem, o presente estudo apresentou como limitação, a insuficiência de artigos que destacassem o relato de internos em relação às contribuições das vivências nas consultas de pré-natal da atenção básica para o fortalecimento das competências, a fim de discutir com os achados encontrados.

Espera-se que essa experiência positiva do internato de enfermagem da UVA, possa servir de embasamento para as outras universidades, no sentido de lapidar o processo de ensino-aprendizagem, e conferir a formação de qualidade de estudantes de enfermagem, preparados para atuar frente às necessidades do serviço, e integrar o ensino-serviço-comunidade.

Com base no exposto, sugere-se o desenvolvimento de estudos que impulsionem discussões sobre o internato em face da formação do enfermeiro, na perspectiva de promover espaços de diálogo entre docentes e estudantes. Assim, a partir dos resultados do estudo, propõe-se a elaboração de estudos pautados em estratégias que podem ser utilizadas para potencializar o ensino-serviço-comunidade na formação em enfermagem e nos desafios do interno de enfermagem da APS durante a gestão do cuidado.

Contribuições dos autores: Antonia Tainá Bezerra Castro: contribuiu no planejamento, e redação do artigo. Quite-

ria Larissa Teodoro Farias, Maria Adelane Monteiro da Silva e Maristela Inês Osawa Vasconcelos: contribuiu significativamente na revisão crítica do manuscrito. Ana Jessyca Campos Sousa e Mayara Nascimento de Vasconcelos: contribuiu na redação

do artigo e na revisão ortográfica dos resumos em inglês e espanhol.

Agradecimentos: A Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) por permitir vivenciar essa experiência.

REFERÊNCIAS

1. Lima TC, Paixão FRC, Cândido EC, Campos CJG, Ceolim MF. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. *Rev Bras Enferm.* [internet] 2014 [cited 2020 fev 10]; 67 (1):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0133.pdf>
2. Dalcól C, Junior EPS, Garanhani ML, Vannuchi MTO, Nunes EFPA. Teaching-service-community integration: conceptions allocated by nursing students. *Semina: Ciência Biológicas e da Saúde.* [internet] 2019 [cited 2020 mar 14]; 40 (1):47-62. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/view/33726/26014>
3. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica. Rastreamento. [internet] 2013 [cited 2020 fev 18]. Available from: <https://www.passeidireto.com/arquivo/40506983/rastreamento-caderno-atencao-primaria-n-29>
4. Ministério da Saúde (BR). Assistência Pré-natal: Manual técnico. [internet] 2000 [cited 2020 mar 23]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf
5. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco. [internet] 2012 [cited 2020 fev 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
6. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. [internet] 1986 [cited 2020 fev 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
7. Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. *JournalOfNursingHealt.* [internet]. 2012 [cited 2020 fev 20]; 2(1): 1-10. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/2832>
8. Rodrigues IR, Rodrigues DP, Ferreira MA, Pereira MLD, Barbosa EMG. Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestante. *Revista Rene.* [internet] 2016 [cited 2020 fev 18]; 17(6):774-81. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6492/4728>
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Construção de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia. [internet] 2013 [cited 2020 mar 15]. Available from: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/237.pdf>
10. Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. *Revista Sanare.* [internet] 2017 [cited 2020 abr 8]; 16 (1): 23-28. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135/620>
11. Teles PA, Costa EM, Panobianco MS, Gozzo TO, Paterra TSV, Nunes LC. Diagnósticos mais prevalentes em gestantes de alto risco. *Enferm. Foco.* [internet] 2019 [cited 2020 abr 8]; 10(3): 119-125. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1937/571>
12. Previato G.F, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Revista Interface.* [internet] 2018 [cited 2020 fev 18]; 22 (2): 1535-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1535.pdf>
13. Araújo AS, Santos AAP, Lúcio IML, Tavares CM, Fidélis EPB. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. *RevEnferm UFPE online.* [internet] 2017 [cited 2020 abr 8]; 11(10): 4103-10. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231171/25139>

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE ENFERMAGEM: O QUE DIZEM OS ENFERMEIROS PRECEPTORES

Elaine Cristina Dias Franco¹

Vânia Aparecida da Costa Oliveira¹

Briene Leandro Lopes¹

Victoria da Cunha Avelar²

<http://orcid.org/0000-0001-8744-7726>

<http://orcid.org/0000-0001-7082-5997>

<http://orcid.org/0000-0002-6935-2202>

<http://orcid.org/0000-0002-7987-7651>

Objetivo: analisar a percepção do enfermeiro preceptor de campo de estágio acerca da integração ensino-serviço-comunidade no curso de Enfermagem de uma universidade pública do estado de Minas Gerais. **Metodologia:** Estudo qualitativo desenvolvido, no período de dezembro de 2017 a março de 2018, por meio de entrevistas com 12 enfermeiros preceptores. A análise dos dados ocorreu por meio da Análise de Conteúdo. **Resultados:** A integração ensino-serviço favorece a articulação teórico-prática, o ensino contextualizado e a aproximação com a realidade dos serviços de saúde. Há desafios relacionados com os serviços de saúde como a falta de planejamento e a indisponibilidade de tempo e; outros relacionados à universidade como o distanciamento dos serviços de saúde, a descontinuidade das ações e a falta de capacitação dos preceptores. **Considerações Finais:** A integração ensino-serviço coaduna para a formação de profissionais que atendam as demandas do Sistema Único de Saúde e da sociedade atual.

Descritores: Enfermagem, Ensino Superior, Preceptoría.

THE TEACHING-SERVICE-COMMUNITY INTEGRATION IN THE NURSING COURSE: WHAT THE PRECEPTING NURSES SAY

Objective: To analyze the perception of the preceptor nurse in the internship field about the teaching-service-community integration in the Nursing course of a public university in the State of Minas Gerais. **Methodology:** Qualitative study developed from Diciembre de 2017 a marzo de 2018, through interviews with 12 nurses preceptors. Data analysis occurred through Content Analysis. **Results:** The teaching-service integration favors the theoretical-practical articulation, the contextualized teaching and the approximation with the reality of health services. There are challenges related to health services such as lack of planning and unavailability of time and; others related to the university, such as the distancing of health services, the discontinuity of actions and the lack of training of preceptors. **Final Considerations:** The teaching-service integration is suitable for the formation of professionals that meet the demands of the Unified Health System and the current society.

Descriptors: Nursing, Education Higher, Preceptorship.

LA INTEGRACIÓN ENSEÑANZA-SERVICIO-COMUNIDAD EN EL CURSO DE ENFERMERÍA: LO QUE DICEN LAS ENFERMERAS PRECEPTORAS

Objetivo: analizar la percepción del preceptor de enfermería del campo de pasantías sobre la integración enseñanza-servicio-comunidad en el curso de Enfermería de una universidad pública en el estado de Minas Gerais. **Metodología:** Estudio cualitativo desarrollado de febrero a mayo de 2018, a través de entrevistas con 12 enfermeros preceptores. El análisis de datos se realizó a través del análisis de contenido. **Resultados:** La integración del servicio-enseñanza favorece la articulación teórico-práctica, la enseñanza contextualizada y la aproximación a la realidad de los servicios de salud. Existen desafíos relacionados con los servicios de salud, como la falta de planificación y la falta de tiempo y; otros relacionados con la universidad, como el distanciamiento de los servicios de salud, la discontinuidad de las acciones y la falta de capacitación de los preceptores. **Consideraciones finales:** La integración del servicio-enseñanza es adecuada para la formación de profesionales que satisfagan las demandas del Sistema Único de Salud y la sociedad actual.

Descritores: Enfermería, Educación Superior, Preceptoría.

¹Universidade Federal de São João Del Rei, MG, Brasil.

²Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), México.

INTRODUÇÃO

Ao ser instituído, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta dentre seus diversos desafios o alinhamento da formação profissional na área da saúde às necessidades da população e dos serviços de saúde¹. Tal alinhamento é primordial, uma vez que os princípios e as diretrizes defendidas pelo SUS, como a humanização do cuidado e da assistência à saúde e o desenvolvimento de um trabalho ético, interprofissional e interdisciplinar em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) precisam ser experienciados pelos estudantes durante todo o processo formativo, pois estes serão os futuros profissionais que irão atuar nos diversos serviços que compõem essa rede².

Diante disso, diversas iniciativas para a reestruturação de formação de recursos humanos para a área de saúde têm sido propostas³, dentre elas, destaca-se a integração ensino, serviço e comunidade, que pressupõe o desenvolvimento de um trabalho coletivo, pautado na pactuação e integração entre docentes e discentes dos cursos de formação na área da saúde, trabalhadores, gestores e usuários dos serviços, primando pela qualidade da atenção à saúde e a formação profissional de estudantes e trabalhadores dos serviços⁴⁻⁵.

Dessa forma, a integração ensino, serviço e comunidade mostra-se favorável à formação de profissionais de saúde no e para o SUS ao considerar que o cotidiano dos serviços de saúde são cenários singulares de formação¹, capaz de provocar mudanças nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, pois incita reflexões sobre a produção do cuidado e dessa forma, corrobora para a superação de ações meramente prescritivas já cristalizadas pelo modelo médico centrado⁶.

A partir dessa premissa, a formação em saúde pautada nessa integração tem sido discutida e sustentada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde, a exemplo da Enfermagem⁷ e Medicina que trazem, em suas diretrizes, a valorização da inserção dos estudantes nos serviços de saúde, já nos primeiros períodos dos cursos. Parte-se do entendimento que a aproximação entre o ensino e o serviço favorece a vivência e a proposição de ações alicerçadas na promoção, proteção e reabilitação da saúde associada a ações que visem a prevenção de doenças e agravos⁸⁻⁹.

Assim, reconhecendo-se a necessidade de os serviços públicos de saúde e as instituições de ensino superior (IES) compartilharem as responsabilidades pela formação e pela produção do cuidado², e, ainda, considerando-se que a ordenação de recursos humanos na área da saúde é uma atribuição do SUS, prevista na constituição Federal de 1988, os Ministérios da Saúde e da Educação desenvolveram estratégias para a condução dos processos de formação e qualificação profissional na saúde, dentre elas citam-se a Política de

Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PróSaúde), que possuem como pano de fundo a integração ensino, serviço e comunidade¹.

Todavia, em que pesem os esforços empreendidos e os avanços alcançados a partir da implantação dessas políticas e das discussões, favoráveis a elas, realizadas no âmbito da formação superior em saúde, a integração ensino, serviço e comunidade ainda não é uma realidade que permeia os serviços de saúde e as IES.

Alguns estudos¹⁰⁻¹¹⁻¹² constataram que há ausência de uma parceria efetiva que contemple os interesses das IES e dos serviços de saúde. Dessa forma, não há uma contrapartida das IES para os serviços, sobressaindo, na maioria das vezes, os interesses das primeiras. Nesse caso, o sucesso do processo está comprometido, uma vez que a integração pressupõe conexão e relação entre as partes. Além disso, a resistência e ou indisponibilidade de alguns profissionais dos serviços de saúde, e a ausência de comunicação entre docentes e preceptores são algumas das dificuldades que têm impossibilitado a concretização da integração ensino, serviço e comunidade¹³.

Diante desse cenário torna-se importante investigar os modos como os profissionais de saúde que atuam como preceptores, percebem a integração ensino-serviço nos seus cotidianos, considerando-se que eles são corresponsáveis pelo processo de ensino-aprendizagem e possuem papel fundamental na promoção da articulação teórico-prática. Dessa maneira, o presente estudo teve como objetivo analisar a percepção do enfermeiro, preceptor de campo de estágio, acerca da integração ensino-serviço-comunidade no curso de Enfermagem de uma Universidade Pública do estado de Minas Gerais.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa que permite desvelar, na perspectiva de enfermeiros preceptores, os significados e intencionalidades que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde quando estes são espaços de integração do ensino e serviço.

Participantes

Os participantes do estudo foram 12 enfermeiros preceptores de unidades de Atenção Primária a Saúde de um município do estado de Minas Gerais. A seleção intencional dos participantes seguiu aos seguintes critérios: (I) Ser Enfermeiro com atuação como preceptor no curso de Enfermagem nos últimos doze meses; (II) Não estar afastado por qualquer motivo à época da coleta.

Cenário de Estudo

O cenário de estudo foi o Curso de Graduação em Enfermagem de uma Instituição Federal (IF), localizada na região Centro Oeste do estado de Minas Gerais. O curso está organizado em nove períodos, nos quais os estudantes desde o primeiro período são inseridos em unidades de Atenção Primária à Saúde para vivenciar a articulação teórico-prática dos conteúdos apreendidos ao longo do curso.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2017 a março de 2018, por meio de entrevistas individuais realizadas nas unidades de saúde, em dia e horário previamente agendado. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pelas pesquisadoras. Os depoimentos foram identificados com a letra E seguida do número de sequência das entrevistas (E1, E2) garantindo a preservação do anonimato dos participantes.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin, composta por 3 etapas: pré-análise; exploração do material e; tratamento dos dados e interpretação¹⁴. Emergiram dos dados empíricos duas categorias que foram analisadas a luz da literatura científica sobre a temática.

Aspectos éticos

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com CAEE: 62368116.5.0000.5545 e parecer de aprovação nº 1.878.176 emitido em 20 de dezembro de 2016. O estudo atendeu a todas as prerrogativas da Resolução 466/2012.

RESULTADOS

A partir da análise qualitativa dos dados, os resultados se expressam nas categorias “*Integração ensino-serviço: mundos entrelaçados*” e “*Integração ensino-serviço: desafios para a sua concretização*” que são apresentadas a seguir:

Integração ensino-serviço: mundos entrelaçados

Em seus discursos os enfermeiros preceptores narram as suas percepções sobre a integração ensino-serviço e as relacionam com a superação da dualidade entre teoria e prática e consideram que o serviço é, para o estudante, um espaço favorável à aprendizagem e ao desenvolvimento crítico:

O aluno quando aproxima do serviço de saúde consegue ver a aplicação do conteúdo teóricofica mais próximo teoria e prática (E1).

Quando está na unidade de saúde ele consegue integrar... né..., essa teoria a partir do que acontece no serviço, do cotidiano, dos desafios e também das conquistas diárias (E5).

Quando o aluno tem o contato desde o início, né, então na hora que ele chega lá na teoria que ele vai pensar, eu vi dessa forma na realidade, mas a teoria tá colocando dessa forma' então a possibilidade dele ter uma visão crítica em relação ao que está vendo na teoria, é muito maior, ele consegue dar sentido para a prática e teoria, né, o serviço torna-se o lugar de aprender também (E12).

Para os preceptores, o contato do estudante com a realidade dos serviços de saúde permite a ele contextualizar o que foi apreendido na sala de aula, conhecer os aspectos positivos, as dificuldades e os problemas existentes nesses serviços, bem como, os seus usuários e as atribuições cotidianas dos profissionais:

No serviço o aluno consegue ver a realidade, a teoria da sala de aula passa a ter sentido, ele passa a viver e entender o SUS, ele conhece o usuário e o que os profissionais fazem no seu dia-a-dia e até consegue ter um olhar crítico sobre o que está acontecendo nos serviços públicos hoje (E11).

Ele vive o SUS, suas potências e suas mazelas ...eu acho que o aluno quando está aqui desde o início do curso, ele tem a oportunidade de desenvolver um olhar crítico sobre as políticas públicas, seus limites e também suas vantagens (E9).

Para outros preceptores, a presença do estudante promove troca de experiências e aprendizado mútuo. Além disso, a presença dele propicia uma assistência à saúde mais comprometida com as reais necessidades da população, estimula discussões e planejamentos das ações desenvolvidas pela equipe, bem como aproxima os profissionais de conhecimentos atualizados em suas áreas de atuação:

Eu acho que é uma troca né... o aluno vem pra ver a rotina, aprender com a experiência da gente, com o conhecimento e a gente aprende com os conhecimentos novos que ele vai trazendo né... eu acho que é isso a interação é essa (E6).

Eu recebo alunos aqui a mais ou menos seis anos e a presença deles provoca mudanças no serviço, ficamos mais atentos às necessidades da população, eles favorecem ações de promoção da saúde, participam de nossas reuniões e planejamentos semanais...acho que a equipe de forma geral fica mais atualizada e pros alunos também é bom porque eles aproximam da prática profissional de forma efetiva (E8).

Os alunos provocam mudanças na rotina dos

serviços, nas práticas dos profissionais, eles nos aproximam de conhecimentos atualizados (E7).

Integração ensino-serviço: desafios para a sua concretização

Para os enfermeiros preceptores a concretização da integração ensino-serviço traz à tona diversos desafios para os serviços de saúde e para a universidade. No âmbito dos serviços de saúde há menção à necessidade de aprimoramento constante do planejamento das ações individuais e coletivas, ao envolvimento dos profissionais em atividades de ensino e à adequação de estrutura física para atender às necessidades didático-pedagógicas em determinados momentos:

Pra mim é um desafio a PIESC e o estágio...todo semestre eu ajusto minha agenda e o planejamento da unidade, deixo mais tempo entre consultas para que eu possa dedicar um tempo maior para os alunos (E12).

[...] às vezes mudo até o lugar de realizar as atividades para favorecer o professor e alunos (E3).

Por outro lado, no que diz respeito à universidade, os desafios apontados relacionam-se ao alinhamento da proposta pedagógica com a realidade dos serviços de saúde, a efetiva aproximação da instituição de ensino com os preceptores, a capacitação dos preceptores para atender às demandas da universidade, além da proposição e realização de intervenções nos serviços e comunidade de forma efetiva e continuada:

Como preceptora preciso ter conhecimento e entender como será feito esse estágio e fazer um planejamento pra que isso ocorra de forma a ser uma via de mão dupla, com benefícios para o aluno e para a unidade, então é importante serviço e universidade ficar bem alinhado (E5).

Eu como preceptor, eu percebo a Federal muito distante da gente... eles deveriam ser mais próximos...muitas vezes o contato fica restrito ao período das aulas (E10).

[...] eu acho seria importante ter momentos de capacitação dos profissionais que estão na rede, que são preceptores, para falarmos a mesma linguagem da universidade (E11).

[...] termina o semestre eles vão embora e as vezes sem nem dar um retorno sobre as atividades desenvolvidas, quais intervenções foram feitas, como avaliam as ações e como a equipe pode dar continuidade (E2).

DISCUSSÃO

Verifica-se, neste estudo, que a inserção dos estudantes em unidades básicas de saúde já na etapa inicial do curso de Enfermagem é uma potente estratégia para o processo de ensino-aprendizagem, além disso, mostra-se favorável ao desenvolvimento das habilidades e competências inerentes ao profissional enfermeiro e à formação crítica-reflexiva, e assim, encontra-se alinhada às proposições das DCN¹⁵.

Diversos estudos^{6,16-17} apontam os benefícios que uma parceria efetiva, entre as IES e os serviços de saúde, traz para o processo formativo, especialmente quando a corresponsabilização por esse processo encontra-se fortalecida.

Ao serem inseridos nos serviços de saúde, os estudantes aproximam-se do mundo do trabalho e de suas interfaces com os elementos que compõem o cotidiano da assistência à saúde e do cuidado, o que permite uma visão mais ampliada sobre as necessidades de saúde da população, das RAS e do SUS^{13,16}, assegurando uma trajetória acadêmica diferenciada, e assim, favorecendo uma maior confiança para a futura atuação profissional nesses cenários¹⁸⁻¹⁹. Além disso, há que se considerar que a presença do estudante nos serviços de saúde promove rupturas na acomodação do fazer cotidiano de muitos profissionais, transformando, assim, a forma de pensar e agir sobre o cuidado em saúde^{11,15}.

Contudo, os dados encontrados nesse estudo põem em relevo a necessidade das IES e dos seus respectivos docentes refletirem e ressignificarem os seus papéis no fortalecimento da integração ensino, serviço e comunidade. De forma semelhante, o estudo de Marin e colaboradores²⁰ mostrou que o alcance de uma integração efetiva depende de mudanças estruturais e funcionais significativas, da construção conjunta entre gestores, trabalhadores, docentes e estudantes, com franca aproximação de sujeitos do mundo do trabalho e do ensino, dois universos que nem sempre dialogam suficientemente para que ocorra a troca e a complementaridade dos saberes.

A falta de capacitações que contemplem o preparo didático-pedagógico do preceptor e o conhecimento da proposta pedagógica da IES é sem dúvida um fator limitante para o bom desempenho da preceptoria e melhor aproveitamento do estudante. Nesse sentido, torna-se imprescindível que as IES não considerem somente as competências técnicas e a experiência profissional dos preceptores e assumam o compromisso de instrumentalizá-los para a formação de outros profissionais^{21,4}.

A percepção, por parte da IES, dos docentes e estudantes, de que os serviços de saúde são apenas campos de estágio¹⁶ precisa ser veementemente combatida. Em vez disso, tais serviços precisam ser valorizados e compreendidos

como instâncias sem as quais torna-se impossível aos estudantes adquirirem o preparo necessário para o pleno exercício da profissão. Para tanto, a presença da IES nos serviços de saúde e vice-versa, deve ser contínua, estendendo-se para além dos períodos de aulas. Nesse sentido, o trabalho conjunto pode ser garantido por meio do planejamento de atividades que englobem capacitações, seminários, discussões sobre Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC), dentre outras.

Outro dado encontrado neste estudo e que merece destaque é o fato da IES não realizar, ao final do semestre e juntamente com os profissionais dos serviços de saúde, uma avaliação cuidadosa sobre as atividades e intervenções que foram realizadas. Em função disso, os profissionais ficam sem um direcionamento sobre o que deve ou não ter continuidade. Resultado semelhante foi encontrado no estudo¹⁶, realizado com enfermeiros docentes e enfermeiros assistenciais, onde os autores afirmam que nem sempre há retorno, pelos docentes e alunos, para a equipe, sobre o alcance dos objetivos do ensino no final do semestre.

Destaca-se, ainda, que o planejamento sistematizado, precedendo o início das atividades de ensino e a imersão dos estudantes nos serviços de saúde, pode favorecer a elaboração de uma agenda de atividades que atenda às necessidades dos serviços e seja, ao mesmo tempo, condizente com os conteúdos que estão sendo vistos pelos estudantes, e, por conseguinte, com as competências a serem adquiridas por eles, naquele momento.

Frente ao exposto, verifica-se, neste estudo, que os discursos produzidos pelos enfermeiros preceptores dos serviços de saúde ratificam a relevância que a integração, ensino e comunidade têm para a formação em saúde, por isso, ela deve ser compreendida como um ideal a ser perseguido por todos os que estejam envolvidos e comprometidos, direta ou indiretamente, com a qualidade da assistência à saúde, com a produção do cuidado e com a consolidação do SUS.

Limitações do estudo

Embora o estudo demonstre resultados significativos, considera-se como fator limitante o fato de ter sido desenvolvido apenas com os enfermeiros preceptores da Atenção Primária à Saúde, não contemplando outros cenários como as unidades hospitalares.

Contribuições para a prática

Os resultados dessa pesquisa corroboram com os achados de outros estudos da área, e, dessa forma, apontam a inexistência de uma parceria efetiva entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. A principal contribuição do estudo é reiterar que a produção de mudanças nas práticas

assistenciais de saúde, em consonância com as proposições do SUS, somente será alcançada se as instituições de ensino e de saúde assumirem o desafio de pensar e refletir conjuntamente sobre os problemas e as dificuldades encontradas, cotidianamente, nos cenários de ensino e de assistência à saúde, bem como, nas possibilidades e estratégias para enfrentamento.

Assim, se ambas as instituições encontram-se comprometidas com a vida humana, a ampliação dos canais de comunicação e o fortalecimento do diálogo e do trabalho coletivo, é condição *sine qua non* para dirimir o descompasso entre as proposições e demandas apresentadas por cada uma delas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu inferir que a integração, ensino, serviço e comunidade apesar da reconhecida importância e relevância para a formação de profissionais de saúde capacitados para atuarem em consonância com os princípios do SUS apresenta fragilidades em diversas dimensões, como, por exemplo, a ausência de um diálogo constante entre IES e serviços de saúde, docentes e preceptores, a falta de capacitações didático-pedagógicas destes últimos, e a descontinuidade da presença da IES nos serviços de saúde, após o término do semestre.

A partir dos discursos dos enfermeiros preceptores verifica-se que a presença do estudante nos serviços de saúde desencadeia reflexões importantes nos profissionais, que passam a exercer suas atividades de forma mais atenciosa e adequada às necessidades da população. Por outro lado, para o estudante, estar imerso no cotidiano desses serviços constitui-se numa possibilidade singular de acionar diversos conhecimentos que foram apreendidos ao longo da sua formação e a contextualizá-los à realidade encontrada.

Dessa maneira, conclui-se que a integração ensino, serviço e comunidade, quando devidamente planejada possibilita ganhos a todos os envolvidos, sejam IES, docentes, estudantes, profissionais e comunidade. Portanto, de forma coletiva, todos devem empreender esforços para que ela, com toda a sua potencialidade, se concretize.

Contribuições dos Autores: ECDF: Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e revisão final do artigo. VACO: Coleta, análise e interpretação dos dados. BLL: Redação do artigo. VCA: Redação do artigo.

REFERÊNCIAS

- 1 Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML do, Kleba ME, Reibnitz KS. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. *Interface* [Internet]. 2016[cited 2019 Jan 15];20(59):1015-1025. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150768.pdf>
- 2 Codato LAB, Garanhani ML, González AD, Carcereri DL, Carvalho BG, Morita MC. Significados do estágio em Unidades Básicas de Saúde para estudantes de graduação. *Revista da ABENO* [Internet]. 2019[cited 2019 Ago 22];19(1):2-9. Available from: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/662/517>
- 3 Franco ECD, Soares AN, Gazzinelli MF. Macro and micropolitics recontextualization of an integrated curriculum: experienced itinerary in nursing undergraduate. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 23];22(4):e20180053. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180053.pdf
- 4 Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília.[Internet] 2007 [cited 2020 Jan 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
- 5 Moraes JT, Silva AE, Gontijo TL, Ribeiro RF, Faria R das GS. Avaliação do impacto da capacitação no trabalho para o cuidado de pessoas com estomias. *Enferm Foco* [internet]. 2019 [cited 2020 Abril 01]; 10 (3): 93-98. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1810/575>
- 6 Vasconcelos ACF de, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 23];20(56): 147-158. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0147.pdf>
- 7 Brasil. Resolução CNE/CES nº1133 de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 2001. Seção 1E, p. 131. ; [citado 2018 Dec 19]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
- 8 Franco ECD, Soares AN, Bethony MFG. Currículo integrado no ensino superior em enfermagem: o que dizem os enfermeiros docentes. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Fev 22]; 7(1):33-36. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/662/281>.
- 9 Vieira LM, Sgavioli C de APP, Simionato EMRS, Inoue ESY, Heubel MTCD, Conti MHS de et al. Formação profissional e integração com a rede básica de saúde. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 13];14(1):293-304. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n1/1981-7746-tes-14-01-0293.pdf>
- 10 Oliveira VA da C. Currículo do curso de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) [manuscrito]: perspectiva de docentes e discentes. 2016. 125 f. Orientadora: Prof Dra Maria Flávia Gazzinelli Bethony. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
- 11 Brehmer LC de F, Ramos FRS. Teaching-service integration: implications and roles in experiences of Undergraduate Courses in Nursing. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2014 [cited 2020 jan 24]; 48 (1): 118-124. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-118.pdf
- 12 Dantas L dos S, Pereira RVS, Bernadino I de M, Figueiredo RCPP, Madruga RCR, Lucas RS de CC. Perfil de competências de preceptores para a Atenção Primária em Saúde. *Revista da ABENO* [internet]. 2019 [cited 2020 jan 24];19(2):156-166. Available from: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/677/590>
- 13 Mendes T de MC, Bezerra H de S, Carvalho Y de M, Silva LG da, Souza CMC de L, Andrade FB de. Interação Ensino-Serviço-Comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. *Revista Ciência Plural* [Internet] 2018 [cited 2020 jan 24];4(1) :98-116. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/14283>
- 14 Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
- 15 Peres CRFB, Marin MJS, Soriano ECI, Ferreira M de L da SM. A dialectical view of curriculum changes in nursing training. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2018 [cited 2020 jan 24];52: e03397. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03397.pdf>
- 16 Andrade SR de Boehs AEB, CGE. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2015 [Cited 24 Jan 2020]; 19(54):537-547. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0537.pdf>
- 17 Albiero JFG, Freitas SFT de. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. *Saúde em Debate* [Internet]. 2017 [cited 24 Jan 2020]; 41(114):753-767. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0753.pdf>
- 18 Forte FDS, Pessoa TRRF, Freitas CHSM, Pereira CAL, Carvalho Junior PM. Reorienting dental education: the preceptor's view of supervised internship in the Brazilian Health System (SUS). *Interface* [Internet]. 2015 [cited 10 Jan 2020];19(Supl 1):831-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0831.pdf>
- 19 Souza LB , Bonamico AW. Integração ensino-serviço na formação de profissionais para sistemas públicos de saúde. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2019 [cited 10 Jan 2020]; 17(3):e0021747. Available from <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n3/1678-1007-tes-17-03-e0021747.pdf>
- 20 Marin MJS, Oliveira MA de C, Otani MAP, Cardoso CP, Moravcik MYAD, Conterno L de O et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 24]; 19(3):967-974. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00967.pdf>
- 21Valente GSC, Ferreira FC. Nurse knowledge and understanding for teaching and management in primary health care: a descriptive/exploratory study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 24]; 12(Suppl): 653-55. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4389/pdf_2

IMPACTO DE UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE NO TRABALHO DOS EGRESSOS

Tarcísio Laerte Gontijo¹

Marina Nagata Ferreira¹

Juliano Teixeira Moraes¹

Sebastião Junior Henrique Duarte²

Carolina Fernandes Santos¹

<https://orcid.org/0000-0001-7845-3825>

<https://orcid.org/0000-0001-6889-9460>

<https://orcid.org/0000-0002-1109-962X>

<https://orcid.org/0000-0003-3161-9669>

<https://orcid.org/0000-0002-1508-4484>

Objetivo: Avaliar o impacto de um curso de especialização de gestão em saúde no trabalho dos egressos. **Método:** Estudo de caso com abordagem quantitativa e qualitativa envolvendo 121 egressos. A coleta de dados se deu pela aplicação de escala validada e entrevistas semiestruturadas. Realizou-se análise descritiva e testes de associação dos dados quantitativos e análise temática categorial para os qualitativos. **Resultados:** Identificaram-se escores médios entre 4,2 a 4,6, numa escala de 1 a 5, o que indica impacto positivo do curso no trabalho dos egressos demonstrado por melhor sistematização de práticas administrativas e na gestão de pessoas. **Conclusões:** O curso mostrou impacto positivo no trabalho dos concluintes.

Descritores: Gestão em saúde; Educação a distância; Avaliação em saúde.

Impact on work of a distance learning health management specialization course

Objective: To evaluate the impact of a specialization course on health management at work of the graduates. **Method:** Case study with quantitative and qualitative approach involving 121 graduates. Data collection was performed by applying validated scale and semi-structured interviews. Descriptive analysis and association tests of quantitative data and categorical thematic analysis were performed for the qualitative ones. **Results:** We identified average scores between 4.2 and 4.6, thus identifying the positive impact of the course on the work of graduates demonstrated by better systematization of administrative practices and people management. **Conclusions:** The course showed a positive impact on the work of graduating students.

Descriptors: Health management; Education Distance; Health evaluation.

Impacto en el trabajo de los egresos en un curso de especialización en gestión de la salud a distancia

Objetivo: evaluar el impacto de un curso de especialización en la gestión de la salud en el trabajo de los graduados. **Método:** Estudio de caso con enfoque cuantitativo y cualitativo con 121 graduados. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de escala validada y entrevistas semiestruturadas. Se realizaron análisis descriptivos y pruebas de asociación de datos cuantitativos y análisis temáticos categóricos para los cualitativos. **Resultados:** Identificamos puntajes promedio entre 4.2 y 4.6, identificando así el impacto positivo del curso en el trabajo de los graduados demostrado por una mejor sistematización de las prácticas administrativas y la gestión de personas. **Conclusiones:** El curso mostró un impacto positivo en el trabajo de los estudiantes graduados.

Descriptores: Gestión de la salud; Educación a distancia; Evaluación en salud.

¹Universidade Federal de São João Del Rei, MG.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, MT.

Autor Correspondente: Tarcísio Laerte Gontijo Email: enftarcisio@ufsj.edu.br

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem crescido a busca por profissionais habilitados na área de gestão em saúde para atender a nova estrutura organizacional do país e responder assim, aos novos desafios da gestão pública¹. A adequada formação e a qualificação de gestores e gerentes que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) são eixos fundamentais para a busca de melhorias, visando garantir maior acesso e integralidade às ações de saúde².

Para isso, o poder público desenvolve iniciativas de qualificação para gestores públicos em diferentes áreas. Uma destas iniciativas é o Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), implantado pelo Ministério da Educação que visa a formação de profissionais com conhecimento em administração pública, capazes de atuar nas três esferas de governo. Por meio do PNAP são oferecidos o curso de bacharelado em Administração Pública e três especializações (Gestão Pública, Gestão Pública Municipal e Gestão em Saúde) sendo todos gratuitos e oferecidos via educação à distância (EaD)³.

Dentre estes cursos, a especialização de Gestão em Saúde, objeto deste estudo, visa gerar mudanças no quadro desta área e responder as demandas, oferecendo serviços de melhor qualidade. Tem como objetivo ainda, a criação de um perfil nacional de gestores públicos que contemplem uma visão global das ações administrativas e políticas governamentais³.

Espera-se que este curso seja capaz de produzir resultados satisfatórios no ambiente de trabalho dos egressos. Estes resultados são denominados de impacto do treinamento no trabalho e caracteriza-se pela influência que o evento instrucional exerce sobre o desempenho global subsequente do egresso, bem como, em suas atitudes/motivações⁴.

Portanto, a análise do impacto no ambiente de trabalho pode ser uma ferramenta importante para avaliar a qualidade dos processos de formação. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto de um curso de especialização de gestão em saúde no trabalho dos egressos

MÉTODO

Tipo de estudo

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

Local do estudo

O cenário da pesquisa foi o curso de especialização

de Gestão em Saúde do PNAP ofertado por uma universidade pública federal de Minas Gerais.

Participantes da pesquisa

Ofertaram-se 322 vagas em oito polos de apoio presencial localizados em Minas Gerais e São Paulo, tendo sido inscritos 2.599 candidatos. Do total de 322 alunos matriculados, 143(44,4%) concluíram o curso, sendo estes, os participantes do estudo.

Coleta de dados

A coleta dos dados organizou-se em duas etapas distintas. A primeira consistiu na aplicação de dois questionários online (*websurvey*) aos participantes. O primeiro questionário continha questões relacionadas às características dos concluintes (sexo, estado civil, cidade onde reside); formação e atuação profissional (graduação, pós-graduação, vínculos empregatícios, atuação no SUS, atuação como gestor); hábitos de estudo e; utilização da EaD.

O segundo questionário intitulado "*Impacto do treinamento no trabalho-medida em amplitude*" é validado e compõe o modelo teórico de Avaliação de Impacto do Treinamento no Trabalho IMPACT⁽⁴⁾. Este instrumento é composto por 12 itens, associado a uma escala *Likert*, de 5 pontos: 1-Discordo totalmente; 2-Discordo pouco; 3-Em dúvida; 4-Concordo pouco e; 5-Concordo totalmente.

Vale destacar que o IMPACT foi desenvolvido a partir de modelos avaliativos de resultados de treinamento já existentes, principalmente a partir do Modelo Integrado e Somativo de Sistemas Instrucionais (MAIS)⁽⁴⁾. O IMPACT é composto por sete componentes: (1) Percepção de suporte organizacional, (2) Características do treinamento, (3) Características da clientela, (4) Reação, (5) Aprendizagem, (6) Suporte à transferência e (7) Impacto do treinamento no trabalho⁴.

Neste estudo, utilizou-se o componente "impacto do treinamento no trabalho" devido ao fato do mesmo avaliar os efeitos produzidos pelo treinamento nas ações globais do egresso, tanto nas ações de desempenho ao conteúdo do curso, quanto na motivação e atitudes do treinando pós-treinamento⁴.

Os instrumentos foram enviados por e-mail e reenviado, por até três vezes consecutivas, aos não respondentes. Cada reenvio se deu num intervalo de 30 dias afim de captar o maior número de participantes. Ao final, obteve-se resposta de 121(84,61%) dos 143 concluintes.

A segunda etapa se deu por meio de entrevistas semiestruturadas. O roteiro utilizado baseou-se no

modelo IMPACT. As entrevistas foram realizadas presencialmente nos polos de apoio presencial no dia de apresentação dos trabalhos de conclusão de curso e tiveram duração média de 12 minutos. A medida em que os alunos terminavam suas apresentações eles eram convidados a participar do estudo. Ao total, foram entrevistados 52 concluintes distribuídos nos oito Polos de Apoio Presencial do curso. As entrevistas foram realizadas por oito pesquisadores treinados previamente pela coordenação do estudo, sendo cada um responsável pela coleta em um dos Polos do curso. Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados com auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0*. Inicialmente, realizou-se análise descritiva e posteriormente testes de associação entre as variáveis. Para a análise descritiva, realizou-se cálculo da média aritmética e desvio padrão.

No cálculo estatístico das associações, adotou-se qui-quadrado de Pearson com significância de 5% ($p < 0,05$). Para identificar associações entre cinco variáveis independentes (atuação no SUS; atuação como gestor em saúde; pós-graduação; contribuição do trabalho (ambiente e/ou pessoas) para desenvolvimento do curso; participação em cursos EaD) e as 12 variáveis dependentes do instrumento IMPACT.

Já os dados qualitativos foram transcritos, organizados e analisados por meio da Análise de Conteúdo modalidade Temático-Categorial⁵, com apoio do software Atlas Ti-7.5. A Análise de Conteúdo é uma ferramenta para a compreensão de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso⁵. A escolha deste método pode se compreender pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pela inevitabilidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações⁶. Neste contexto, destaca-se que o material referente as entrevistas deste estudo, foram conduzidos por todas as fases da Análise Temática⁽⁵⁾. Adotou-se como modelo para nortear a análise e definir as categorias o modelo IMPACT⁽⁴⁾.

Procedimentos éticos

Este estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº466, de 12/12/2012 e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos sob parecer nº714.635.

RESULTADOS

Participaram do estudo 121(84,6%) concluintes distribuídos em 46 cidades de Minas Gerais e São Paulo. A idade média foi 43,3 anos variando entre 27 e 59. A maioria era do sexo feminino (74,4%), casados/união estável (61,2%), cursou graduação em instituição privada (65,3%) e possuía outra especialização (67,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características de participantes egressos do curso de especialização de gestão em saúde.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	90	74,4%
Masculino	31	25,6%
Estado Civil		
Casado	68	56,2%
Solteiro	37	30,5%
Divorciado	10	8,3%
União estável	06	5,0%
Graduação		
Instituição Privada	79	65,3%
Instituição Pública	41	33,9%
Possui especialização		
Sim	82	67,8%
Não	39	32,2%

Os enfermeiros representaram a maior classe profissional 44(36,4%), entre os participantes. A maioria (61,2%) possuía apenas um vínculo empregatício, sendo que 90,9% atuavam no setor público. Já em relação ao cargo, 45(37,2%) atuavam como gestores/gerentes na saúde.

Verificou-se que 76(62,8%) profissionais já participaram de algum curso via EaD e a maioria afirmou saber utilizar ferramentas tecnológicas necessárias como internet, e-mail, fórum e chat.

Em relação ao impacto do treinamento no trabalho, os resultados mostraram que em todas variáveis, a média do conceito variou de 4,2 a 4,6, numa escala de 0 a 5, demonstrando assim, que o curso produziu impacto positivo e relevante no trabalho dos egressos (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise descritiva dos indicadores analisados a partir do instrumento de avaliação de impacto do treinamento no trabalho.

Variáveis	Média	Desvio padrão
Utilizo com frequência no trabalho atual o que foi ensinado no curso	4,43	0,84
Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado no curso	4,60	0,74
As habilidades que aprendi fizeram com que cometesse menos erros em meu trabalho	4,31	1,1
Recordo-me bem dos conteúdos ensinados no curso	4,26	0,91
Quando aplico o que aprendi no curso executo meu trabalho com maior rapidez	4,36	0,92
A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao curso	4,46	0,86
A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao curso.	4,30	0,89
Minha participação no curso serviu para aumentar minha motivação para o trabalho	4,46	0,87
Minha participação nesse curso aumentou minha autoconfiança	4,50	0,85
Após minha participação no curso tenho sugerido com mais frequência mudanças nas rotinas de trabalho	4,31	0,87
Esse curso tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho	4,41	0,95
	4,20	1,0

Os testes estatísticos evidenciaram associação entre três variáveis independentes e quatro variáveis dependentes. O fato de egressos já terem participado de outros cursos via EaD mostrou-se relevante para alcance de impacto em três variáveis do instrumento e ainda a contribuição do trabalho para desenvolvimento do curso mostrou eficiente na transmissão de conhecimentos adquiridos no curso para colegas de trabalho.

O aluno já ter participado de outros cursos via EaD esteve associado com a melhora da qualidade do trabalho ($p=0,02$), as habilidades aprendidas fizeram com que os alunos cometessem menos erros ($p=0,01$) e também aproveitar as oportunidades para colocar em prática o que foi aprendido no treinamento ($p=0,01$). O fato de o aluno já ter especialização esteve associado a melhora da qualidade do trabalho ($p=0,03$) e o fato do trabalho contribuir para a participação no curso

esteve associado ao treinamento beneficiou meus colegas de trabalho ($p=0,02$).

A análise qualitativa reforça ainda mais que a participação no curso produziu impacto positivo no trabalho e também gerou aprendizagem relacionada a aspectos gerenciais e sobre o SUS. Foi possível identificar três categorias analíticas, assim denominadas: a) Sistematização das práticas administrativas; b) Gestão de Pessoas e c) Aprendizagem.

A primeira categoria identificou diferentes formas de aplicação dos conhecimentos adquiridos no curso, na prática profissional dos egressos, reforçando assim, o impacto positivo do curso no ambiente de trabalho. Ela é constituída de duas subcategorias: Melhor capacidade para identificação de problemas e; melhor organização e planejamento das ações.

Na primeira subcategoria, é possível destacar que a partir do curso houve melhora na identificação e priorização de problemas:

"[...] eu identifiquei diversos problemas de gerenciamento de material [...] a questão mesmo, de organização desse material no almoxarifado, o fluxo disso nas unidades." (E11).

"[...] discutir os problemas, quais você não vai dar atenção, quais você prioriza, quais que você vai deixar para depois, né? Então são alguns exemplos que eu consegui trazer pra minha vivência."(E23).

Na segunda subcategoria, os participantes enfatizam que o curso melhorou suas habilidades para a organização e planejamento das ações:

"[...] a gente consegue planejar mais as nossas ações, consegue encontrar soluções para os problemas que de fato vivência." (E11);

"[...] eu pude aplicar muitas coisas que foi ensinada no meu trabalho e disso eu fui melhorando, organizando melhor, administração melhor [...]" (E52)

A segunda categoria "Gestão de Pessoas" destacou que os egressos apontaram melhorias em suas abordagens com a equipe:

"[...] poder exigir mais da minha equipe de trabalho, pra poder conversar melhor com minha equipe, para abordar melhor minha equipe."(E10);

"[...] eu estava ali era pra acrescentar e melhorar nosso ambiente de trabalho e hoje eu realmente tenho uma equipe muito dez." (E52).

Na subcategoria "Empoderamento de outros atores envolvidos no processo" identificamos elementos que mostram situações onde os egressos, após os conhecimentos adquiridos no curso, puderam contribuir indiretamente com o seu ambiente de trabalho:

"Atualmente eu não tenho cargo de gestor, mas eu tenho conversado bastante com meu gerente, que é o meu gestor e tenho colocado para ele coisas que eu aprendi [...]"(E49).

Na última categoria, "Aprendizagem", os depoimentos indicaram que houve aquisição de conhecimentos relacionados ao conteúdo do curso, porém esses conhecimentos ainda não produziram mudanças no ambiente de trabalho. Esta categoria é constituída por duas subcategorias. A subcategoria "Reconhecendo o papel do gestor" mostrou discursos em que houve aquisição de conhecimentos sobre a função do gestor.

"[...] me deu uma visão maior do quê que é gestão, do quê que o gestor está fazendo, realizando." (E12).

Já a subcategoria "A compreensão sobre o SUS" as entrevistas desvelaram que também houve incorporação, por parte dos egressos, sobre conhecimentos gerais do funcionamento de nosso sistema de saúde:

"[...] aumentou meu conhecimento da parte mais administrativa, burocrática, inclusive do funcionamento do SUS."(E40);

"[...] eu vim aprender agora o quê que é realmente o SUS." (E16).

DISCUSSÃO

Embora sejam raras, as avaliações dos efeitos produzidos por ações de treinamento de pessoal devem ser uma importante ferramenta nos processos de formação, em especial de gestores em saúde. Os resultados destas avaliações permitem que seus resultados revelem acertos e fragilidades que ocorreram na aplicação das ações de capacitação visando garantir assim, a retroalimentação do sistema⁷.

A análise dos resultados, deste estudo, permitiu inferir que o curso de especialização de Gestão em Saúde em estudo é uma importante política pública de formação de gestores e gerou impacto positivo no ambiente de trabalho dos egressos. Desta forma, este tipo de ação educacional conseguiu proporcionar nova visão aos envolvidos, estimulando a observação e reflexão e assim, promovendo melhor desenvolvimento de suas competências, habilidades e atitudes.

A oferta de cursos via EaD, se apresentou como possibilidade viável na construção de mecanismos que favoreçam a aprendizagem e a qualificação contínua de profissionais assim como alternativa adequada para aqueles que já estão no mercado de trabalho.

Sabe-se que as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC) motivam os estudantes a aprenderem, ampliando o acesso ao estudo de conteúdos e habilidades socialmente relevantes. As NTIC como estratégias de ensino estão sendo bem recebidas pelos alunos e apresentando resultados satisfatórios⁸.

Cabe ressaltar que, os participantes que já possuíam pós-graduação tiveram melhor percepção da necessidade de uma mudança organizacional e colocam a questão da qualidade do serviço como plano central, além de demonstrarem mais conhecimento e habilidades⁹. Nesse sentido, a experiência da pós-graduação atrelada à contribuição do trabalho pode ser considerada além de variável de impacto, produto de grande influência no melhor aproveitamento do curso¹⁰.

Em relação aos participantes que relataram terem adquirido conhecimentos no curso, porém não aplicarem na prática, pode ser explicado pelo fato de não serem gestores/gerentes de serviços de saúde ou alta rotatividade destes cargos em função da relação com os processos partidários e eleitorais ou ainda não terem a oportunidade de aplicar suas aprendizagens. Por outro lado, demonstram que independente de atuarem como gestores tiveram a aquisição de conhecimento.

As estratégias de formação e qualificação profissional, na área de gestão em saúde, visam a melhoria do desempenho organizacional acompanhando as mudanças da sociedade⁽¹¹⁾. Para isso, o ensino precisa estar articulado entre práticas administrativas e políticas, respondendo aos diversos desafios inerentes a esta função⁽¹²⁾. Tecnicamente, os profissionais precisam direcionar o exercício de suas funções gerenciais, articulando competências, a fim de viabilizar as políticas de saúde. Politicamente, precisam ser capazes de negociar e pactuar com todos os atores envolvidos no processo¹³⁻¹⁴.

Outro resultado de destaque é a presença da enfermagem como principal categoria profissional entre os participantes do estudo. Sabe-se que a enfermagem é a classe profissional que mais tem se inserido na gestão/gerenciamento em saúde no Brasil¹⁵⁻¹⁶ e que o desempenho no campo gerencial baseia-se no conhecimento acumulado durante a trajetória pessoal e profissional¹⁷. Por isso, a Enfermagem ganha destaque, uma vez que, a aquisição de competências e habilidades gerenciais já estão presentes desde sua formação acadêmica.

O conhecimento sobre gestão é de grande importância para a enfermagem permitindo uma atuação mais organizada tanto tecnicamente quanto politicamente dos serviços de saúde. É fundamental que as instituições incentivem e contribuam uma melhor qualificação dos enfermeiros no exercício da gestão colaborando assim, para melhoria na qualidade da assistência a saúde.

Por fim, estudos comprovaram que as organizações têm desenvolvidos programas de qualificação como ferramentas gerenciais importantes no preparo dos profissionais, fortalecendo-os enquanto membro da equipe no desempenho de diferentes papéis, e buscando mudanças significativas no ambiente de trabalho¹⁸⁻²⁰. Todavia, às implicações práticas dos resultados obtidos, a partir destes treinamentos, precisa ser disseminado pelas organizações de trabalho. É preciso desenvolver uma cultura de avaliação do impacto do treinamento no trabalho, visando à qualidade e aprimoramentos das fragilidades e, permitindo melhor análise do quanto uma ação de treinamento produz mudança de comportamentos nos serviços²¹⁻²².

Como limitação deste estudo, destaca-se a aplicação dos instrumentos de coleta de dados logo após a conclusão do curso, o que implica numa fase ainda muito recente após o término dele. A realização de coletas de dados em dois tempos distintos ou mais, poderia contribuir para melhor verificação da institucionalização de novas práticas gerenciais demonstrando assim, a incorporação ao cotidiano dos participantes.

CONCLUSÃO

O curso de especialização de Gestão em Saúde do PNAP apresentou impacto positivo no trabalho dos concluintes. Os egressos desta ação educacional demonstraram aplicação de conhecimentos adquiridos, principalmente na melhor sistematização de suas práticas administrativas e na gestão de pessoas.

O curso mostrou-se relevante para promover mudanças das práticas gerenciais com potencial melhoria dos serviços de saúde. As avaliações de ações educacionais possibilitam verificar a qualidade do evento e suas fragilidades aprimorando assim estes processos.

Apoio financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais-FAPEMIG

REFERÊNCIAS

1. Cardoso FM, Campos GWS. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) - Bahia. *Saúde debate*. 2013;37(97):219-32.
2. Costa NAOB, Patrício JZ. Qualidade e formação como fatores importantes na reestruturação da administração pública portuguesa: o exemplo do setor da saúde. *Rev Adm Pública*. 2012;46(1):271-90.
3. Brasil. Programa Nacional de Formação de Administradores Públicos. Projeto pedagógico do curso de especialização em gestão em saúde modalidade a distância. Brasília: Ministério da Educação; 2012.
4. Abbad GS, Mourão L, Zerbini T. Medidas de avaliação de treinamento, desenvolvimento e educação: ferramentas para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2012.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Ed. 70; 2015.
6. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limites do método. *Inf. & Soc.:Est*. 2014;24(1):13-8.
7. Dionísio RA, Ferneda E, Campos RP. Impactos de treinamentos e aprendizagem organizacional: um levantamento das percepções de funcionários de uma instituição financeira. *RGCTI*. 2017;1(1):3-26.
8. Torres AAL, Abbad G, Bousquet-Santos K. Development and validation of items to measure knowledge in a basic nutrition course. *Creative Education*. 2014;5:1629-41.
9. Costa MBS, Salazar PEL. Gestão das mudanças no sistema de saúde pública. *Rev. Enferm. UERJ*. 2007;15(4):487-94.
10. Moore MG, Kearsley G. Educação à distância: sistemas de aprendizagem on-line. 3ª ed. São Paulo: Cengage learning; 2013.
11. Balarin CS, Zerbini T, Martins LB. A relação entre suporte à aprendizagem e impacto de treinamento no trabalho. *Rev. Eletrôn. Adm*. 2014;78(2):341-70.
12. Carnut L, Narvai PC. Performance evaluation of health systems and management in the Brazilian public administration. *Saúde Soc*. 2016;25(2):290-305.
13. Ribeiro ABA, Reis RP, Bezerra DG. Gestão em saúde pública: um enfoque no papel do enfermeiro. *Rev. bras. ciênc. saúde*. 2015;19(3):247-52.
14. Santos AM, Giovanella L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Rev. saúde pública*. 2014;48(4):622-31.
15. Rodrigues AP, Santos FR, Abreu MO, Silva QRE, Pinto DRM. Boa gestão de enfermagem na percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. *REBRASF*. 2015;2(2):12-22.
16. Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Macagi STS. Work process and management competences of the nurses in the family health strategy. *Rev RENE*. 2013;14(4):980-7.
17. Lima PKM, Gontijo TL, Cavalcante RB, Duarte AGS. Funções administrativas na gestão local da atenção básica em saúde. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2017;11(12):4980-8.
18. Dias DM, Guimarães MGV. Avaliação do impacto da capacitação profissional no âmbito da prefeitura de Manaus por meio da aplicação do modelo IMPACT. *PG&C*. 2016;6(1):200-22.
19. Costa DB, Garcia SD, Vannuchi MTO, Haddad MCL. Impact of staff training in the health working process: an integrative review. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2015;9(4):7439-47.
20. Ferreira PS, Mendonça FTNF, Souza DJ, Paschoal VD, Lipp UG, Santos AS. Support the transfer evaluation and impact of permanent education on primary health care. *REFACS*. 2017;5(3):404-414.
21. Cardoso JRO, Oliveira GN, Furlan PG. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na atenção primária à saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(3):1-13.
22. Moraes JT, Silva AE, Gontijo TL, Ribeiro RF, Faria RGS. Avaliação do impacto da capacitação no trabalho para o cuidado de pessoas com estomias. *Enferm. Foco*. 2019;10(3):93-98.

PERCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O PROCESSO MORTE E MORRER: IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Christiane Tereza Aleixo dos Santos¹
Suelen da Silva Miranda (In memorian)¹
Karina de Oliveira Freitas¹
Esleane Vilela Vasconcelos¹

<https://orcid.org/0000-0003-1643-2935>
<https://orcid.org/0000-0003-4645-5900>
<https://orcid.org/0000-0002-8708-1944>
<https://orcid.org/0000-0002-5083-050X>

Objetivo: Analisar e descrever as percepções dos acadêmicos de enfermagem frente ao processo de morte e morrer e suas implicações para a formação profissional. **Método:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizada com 30 acadêmicos de enfermagem, no período de agosto a outubro de 2018, por meio da entrevista semiestruturada e analisada pela técnica de análise temática. **Resultados:** Os depoimentos foram sintetizados em quatro unidades temáticas: "A morte e seus significados"; "A morte e seu ensino na formação acadêmica"; "Sentimento de preparo para o enfrentamento do processo morte e morrer"; e "A postura do futuro profissional frente às situações que englobam a morte". **Conclusão:** Dentre as percepções encontradas, destaca-se a visão da morte como um processo natural/biológico, bem como, o despreparo enfrentado pelos acadêmicos no lidar com a finitude, dado a forma de abordagem do tema na graduação, implicação que se não for sanada influenciará na atuação destes futuros profissionais.

Descritores: Educação em Enfermagem, Morte, Educação Superior.

PERCEPTIONS OF NURSING ACADEMICS ABOUT THE DEATH AND DYING PROCESS: IMPLICATIONS IN VOCATIONAL TRAINING

Objective: To analyze and describe the perceptions of nursing students regarding the process of death and dying and its implications for professional training. **Method:** Descriptive study with a qualitative approach carried out with 30 nursing students, from August to October 2018, through the semi-structured interview and analyzed using thematic analysis technique. **Results:** The statements were summarized in four thematic units: "Death and its meanings"; "Death and its teaching in academic formation"; "Feeling prepared to face the death and dying process"; and "The attitude of the future professional in the face of situations that include death". **Conclusion:** Among the perceptions found, the view of death as a natural / biological process stands out, as well as the unpreparedness faced by academics in dealing with finitude, given the way of approaching the theme in undergraduate courses, an implication that if not addressed will influence in the performance of these future professionals.

Descriptors: Nursing Education, Death, Higher Education.

PERCEPCIONES DE ACADÉMICAS DE ENFERMERÍA SOBRE EL PROCESO DE MUERTE Y MORIR: IMPLICACIONES EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Objetivo: analizar y describir las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre el proceso de muerte y morir y sus implicaciones para la formación profesional. **Método:** Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 30 estudiantes de enfermería, de agosto a octubre de 2018, a través de la entrevista semiestructurada y analizada mediante la técnica de análisis temático. **Resultados:** Las declaraciones se resumieron en cuatro unidades temáticas: "La muerte y sus significados"; "La muerte y su enseñanza en la formación académica"; "Sentirse preparado para enfrentar el proceso de muerte y morir"; y "La actitud del futuro profesional ante situaciones que incluyen la muerte". **Conclusión:** Entre las percepciones encontradas, se destaca la visión de la muerte como un proceso natural / biológico, así como la falta de preparación que enfrentan los académicos al tratar con la finitud, dada la forma de abordar el tema en la graduación, una implicación que si no se aborda influirá en el desempeño de estos futuros profesionales.

Descritores: Educación en Enfermería, Muerte, Educación Superior.

¹Universidade Federal do Pará (UFPA), PA, Brasil.

INTRODUÇÃO

O processo de morte e morrer são fenômenos difíceis de se aceitar, principalmente para os profissionais da saúde que durante toda sua formação acadêmica tem o ensino-aprendizado voltado para cura e/ou reestabelecimento da saúde. Vivenciar este processo, que é a única certeza da vida, ainda tem como produto sentimentos de ansiedade, medo e angústia, assim como o sentimento de fracasso profissional¹⁻².

No ambiente hospitalar, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva, a morte é um evento esperado, onde os profissionais de saúde, idealmente os enfermeiros que se encontram mais intimamente ligados aos pacientes, têm a consciência de que em qualquer momento de sua vida profissional, vão ter contato com a morte de algum destes³. Apesar de conviverem diretamente e por mais tempo com os pacientes, isso não significa que os profissionais de enfermagem estejam totalmente preparados para o enfrentamento do processo de morte e morrer⁴.

Em alguns dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil foram incorporadas disciplinas que contribuem para a compreensão do processo de morte e morrer, no entanto entende-se que ainda há a carência de reflexões e discussões acerca do tema, sendo necessário o fornecimento de subsídios tanto para a equipe docente quanto para os discentes, para que estes possam ser preparados para o enfrentamento desse processo em sua vida profissional⁵⁻⁶.

Assim, considerando que a morte ainda causa desconforto e angústia em quem a vivencia, torna-se relevante desenvolver um estudo sobre as percepções de acadêmicos de enfermagem sobre o processo de morte e morrer, com o intuito de identificar as carências do ensino quanto a temática, para diminuir os aspectos negativos ligados a concepção da mesma, assim como tentar fortalecer a abordagem do tema no decorrer do curso de enfermagem, para que os alunos possam lidar da melhor maneira possível com a ela, bem como possam oferecer uma melhor assistência aos envolvidos no processo.

Abordar esta temática é necessária para que o acadêmico de enfermagem reconheça seus limites e assim busque preparo tanto profissional quanto ético para trabalhar com a morte. Diante disso, objetivou-se analisar e descrever as percepções sobre o processo de morte e morrer de acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Pará e suas implicações para a formação profissional. O alcance desses objetivos contribuirá para o preenchimento de lacunas existentes sobre a percepção de acadêmicos sobre a temática e possibilitará uma reflexão sobre as necessidades de ensino da temática nos cursos de saúde, assim como colaborará, enquanto conhecimento, para formação profissional destes, quanto a forma de lidarem com a morte.

METODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 30 graduandos de enfermagem do oitavo e do nono semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Os critérios de inclusão foram: maior de 18 anos; ter cursado a atividade curricular Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva e manifestar concordância em participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O não atendimento desses critérios implicou na exclusão dos sujeitos.

Local do estudo

O estudo foi realizado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará do município de Belém, estado do Pará, Brasil.

Coleta dos dados com explicitação dos instrumentos e procedimentos

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2018, por meio de entrevista semiestruturada, contendo as seguintes questões: O que seria a morte para você? Admitindo-se que a UTI é um ambiente onde a evolução do paciente é de total instabilidade, o que você sentiria ou já sentiu ao presenciar a morte de um paciente? Qual seria sua conduta caso um paciente em fase terminal lhe fizesse a seguinte pergunta: "Eu vou morrer?" Você se sente preparado como futuro profissional enfermeiro para atuar mediante situações que envolvam a morte de pacientes como possibilidades do seu dia a dia? Você acredita que a sua formação acadêmica está sendo eficiente para lhe preparar com a possibilidade de acontecimentos que envolvam o processo de morte e morrer? Assim como perguntas referentes aos dados sociodemográficos dos participantes como sexo, idade, estado civil e religião.

Estes questionamentos forneceram os subsídios necessários para interpretações e alcance dos objetivos propostos. As entrevistas foram individuais, realizadas de acordo com a disponibilidade de horário dos discentes, bem como de local, com agendamento prévio entre as pesquisadoras e os discentes. A maior parte das entrevistas foi realizada na FAENF (Faculdade de Enfermagem), algumas nos hospitais em que os discentes estavam em prática, e outras na própria residência dos entrevistados, com duração média de 15 minutos. Os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos.

Procedimentos de análise dos dados qualitativos

Para análise dos dados optou-se pela técnica de Análise de Conteúdo, que tem um caráter essencialmente qualitativo, no qual se utiliza um conjunto de técnicas para descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por

meio de falas ou de textos. Tal técnica consiste na contagem da frequência com que os relatos de uma entrevista se repetem favorecendo a captação dos núcleos de significados que compõem uma comunicação, tornando-se evidentes por sua frequência aumentada, de forma que favorece a identificação de sentidos relevantes para contextualização da realidade estudada⁷.

A partir desta, os depoimentos foram sintetizados em quatro unidades temáticas: “A morte e seus significados”; “A morte e seu ensino na formação acadêmica”; “Sentimento de preparo para o enfrentamento do processo morte e morrer”; e “A postura do futuro profissional frente as situações que englobam a morte”.

Procedimentos éticos

Para o desenvolvimento deste estudo, foram respeitados os aspectos éticos previstos na Resolução 466/12, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Instituição e obteve sua aprovação com o Parecer consubstanciado de número 2.262.507.

RESULTADOS

Dos 30 graduandos de enfermagem que participaram do estudo, 24 eram do sexo feminino e seis do sexo masculino. A faixa etária variou entre 21 e 52 anos, destes, 20 eram solteiros(as) e oito casados(as) e dois em união estável. Quanto à religião, 17 se declararam católicos, 10 evangélicos, um espírita e dois sem religião.

A seguir serão apresentados as quatro unidades temáticas identificadas nas entrevistas.

A morte e seus significados

“Para mim, a morte é um fechamento de um ciclo.” (D08)

“Bom a morte pra mim é o fim de tudo, é a fase final de todo ser humano, todos nós um dia vamos morrer e essa é a única certeza que nós temos.” (D28)

“A morte fisicamente é a interrupção definitiva do organismo, ou seja, é a incapacidade do nosso corpo manter a homeostasia por algum motivo (...)” (D20)

“Biologicamente falando a morte é a cessação de todas as nossas atividades vitais é quando nosso corpo não consegue mais manter o equilíbrio (...)” (D30)

“A morte para mim é uma passagem, eu tenho encarado a morte como o início de uma outra vivência (...)” (D27)

“Olha pra mim em especial a morte é uma passagem dessa vida material para uma vida espiritual, nós saímos desse plano e vamos para um outro plano celestial.” (D29)

A morte e seu ensino na formação acadêmica

“Nós assistimos um filme sobre isso, sobre o preparo do cadáver e tudo mais, e foi muito pouco (...). Tem que ter em várias etapas da formação da enfermagem, desde o início da graduação, já que é um processo natural da vida e vamos vivenciar-lo no nosso dia a dia.” (D01)

“Eu não vejo que a graduação ela tem me preparado pra esse momento de perda de morte do paciente, na verdade o único momento que a gente falou sobre isso foi uma aula em que a gente assistiu a um filme e respondeu um questionário sobre o assunto, mas eu penso que deveria ser abordado durante todos os semestres.” (D27)

“Para gente foi ensinado o processo de vida, não foi ensinado o processo de morrer, então por isso a gente ainda tem essa dificuldade dentro da gente de ter medo de falar da morte.” (D17)

“A academia não está preparando a gente para essas possibilidades de morte e morrer, por que ainda é uma formação muito mecânica, muito tradicional, tipo você tem que aprender isso, por que é isso que vai salvar a vida do paciente (...) eu não vejo essas atividades curriculares de uma forma transversal.” (D05)

“Nas minhas práticas foram poucos professores que nos fizeram ter uma visão assim de olhar a morte como algo natural do ciclo da vida (...)” (D10)

Sentimento de preparo para o enfrentamento do processo morte e morrer

“Eu me sinto preparada, até por que com um tempo a gente aprende a lidar, por que no meio que a gente trabalha não tem como fugir disso.” (D02)

“Eu não me sinto preparada para lidar com essa situação, mesmo porque a vivência tanto teórica quanto prática é insuficiente para ensinar a gente a

lidar com esse processo de morte e morrer de um paciente.” (D28)

“Eu não me sinto preparada, mas acredito que vou acabar me preparando na prática profissional mesmo.” (D22)

“Acho que só o tempo e a vivência profissional te preparam, na verdade não é preparar acho que eles te ensinam em como ir lidar com a morte de um paciente sem entrar em estado de sofrimento por se sentir impotente.” (D29)

A postura do futuro profissional frente as situações que englobam a morte

A exposição desta última unidade contempla o questionamento sobre qual seria a conduta desses discentes, como profissionais, se um paciente em fase terminal lhe fizesse a seguinte pergunta: Eu vou morrer?

Frente ao questionamento, a maioria dos participantes referiu que não saberia como lidar com essa responsabilidade de uma forma integral e que por isso pediria auxílio de outros profissionais, principalmente do serviço de psicologia. Nos relatos também houve quem “apelasse” para religiosidade, atribuindo tal conhecimento apenas a Deus, assim como quem simplesmente não saberia como agir.

“Eu não sei exatamente o que eu faria, mas eu acho que pensando e analisando, eu não iria falar que ele iria morrer (...) eu iria buscar uma pessoa mais capacitada para conversar com o paciente.” (D03)

“Eu ia tentar conectar palavras para diminuir a ansiedade dele e posteriormente deixar ele um pouco mais calmo, mas com certeza eu ia consultar o serviço de psicologia pra aconselhar ele.” (D16)

“Acho que chamaria a psicologia para conversar com a pessoa pra que ela tenha uma assistência mais integral.” (D30)

“(...) eu acho que se ele me perguntasse se vai morrer eu teria que entender muito do caso dele.” (D21)

“Essa é uma pergunta muito difícil porque aí sei lá não sei nem te dizer porque, mas assim eu não sei como seria a minha conduta.” (D22)

DISCUSSÃO

Estudos sobre a morte e seus fenômenos, tem despertado cada vez mais o interesse de acadêmicos da área da saúde, o que por sua vez tem gerado uma maior abertura para se discutir e refletir sobre a temática de maneira mais natural⁸⁻⁹.

Apesar de se entender que a morte é inevitável, que faz parte do processo biológico da vida humana e ocorre constantemente, falar sobre ela, ainda traz certo desconforto, visto que lembra o indivíduo de sua finitude e de seus familiares. A percepção da morte e de seus fenômenos, é construída diariamente dentro de uma sociedade, tendo como variável a formação cultural e a crença religiosa de cada indivíduo, que influenciarão na forma de entendê-la⁹⁻¹².

De acordo com Ivo, Pedrosa¹³ as palavras não são suficientes para descrever o processo de morte e morrer. Assim definir a morte em um único conceito torna-se difícil, pois cada pessoa tenta à sua maneira simbolizá-la, de acordo com seu conhecimento e vivência.

Diante dos resultados alcançados, pôde-se identificar nos relatos esta miscigenação de informações, onde cada participante atribuiu a morte um conceito diferente, uns ligados a questão de completude de um ciclo biológico e/ou a distúrbios biológicos que impedem o funcionamento do organismo, e outros a termos místicos e religiosos, que trazem a ideia de “passagem” deste plano a outro, sendo ideias que perpassam pela ciência, filosofia e teologia e que os auxiliarão no processo de enfrentamento da morte e de seus impasses.

Não obstante pareça fácil na visão científica, o conceito de morte ainda é um acontecimento complexo, com múltiplos fatores e interpretações envolvidas, fato que vem sendo modificado ao longo da história, com a inclusão da temática nos cursos de formação superior voltados a saúde⁶.

Mesmo com tal inclusão, é possível evidenciar a deficiência da formação acadêmica de enfermeiros nas instituições de ensino do Brasil, frente a temática que envolve a terminalidade da vida e do processo que a cerca^{3,4}. Dado que é reforçado com os achados deste estudo, onde se destaca a insuficiência de discussões e abordagens superficiais sobre o processo de morte e morrer na academia, fato que culminará na formação de profissionais sem preparo para tal assistência, por não conseguirem lidar com a morte de uma maneira natural e saudável, e que poderão desenvolver sentimentos como o de culpa e fracasso, tendo em vista que foram educados para salvar vidas^(6,9-10, 14).

Dentre as muitas falas dos graduandos de enfermagem, pôde-se identificar a dificuldade física e emocional deles em falar sobre a morte e de realizar a comunicação de más notícias aos que vivenciam este processo. O que

demonstra que estes futuros profissionais de saúde não estão sendo educados e nem preparados para enfrentar o cuidar no processo de morte e morrer¹⁵. Fato este que é coerente, dado a forma deficiente com que este conteúdo fora ministrado segundo os alunos, sendo poucos os que informaram acreditar estar preparado para este momento, competência que provavelmente fora “alcançada” com o tempo e possíveis experiências pessoais, havendo também aqueles que acreditam que serão capacitados em sua vida profissional, na prática diária.

Para Lima e seus colaboradores² o modo de cuidar de pessoas em processo de morte e morrer e de seus familiares, precisa ser bem abordada em toda a formação em saúde, de maneira que se explore os diversos aspectos culturais e religiosos, os tabus e as concepções das pessoas sobre a morte, a fim de reduzir a ansiedade causada pelo processo de finitude e contribuir para a melhoria do atendimento em saúde às pessoas que necessitam deste cuidado.

Segundo Lima e seus colaboradores¹⁶, a formação do enfermeiro assim como dos demais profissionais de saúde deve ser completa, unindo a ciência e a formação humanística para que haja o pleno exercício profissional. Desta maneira, entende-se que as instituições de ensino superior, por meio de sua equipe docente, deve ser mediadora do conhecimento em saúde, de forma a proporcionar um ensino de qualidade que promova o desenvolvimento de habilidades e a construção de profissionais conscientes¹⁷.

Desta maneira, a formação em saúde não pode ter como referência apenas a enfermidade, como no modelo biomédico, onde se objetiva o cuidado em prol do diagnóstico e do tratamento, mais sim, buscar compreender as pessoas de forma ampla e humanizada, afim de atendê-las em todas as suas necessidades¹⁸. Sendo assim, é necessário a existência de debates sobre a morte e o morrer, em sala de aula e durante as práticas, que fomentem no alunado um pensamento crítico e natural, para que possam desenvolver habilidades para a realidade que irão vivenciar¹⁹.

Por todo o exposto, destaca-se a fragilidade existente em alguns cursos de enfermagem quanto aos aspectos psicossociais da profissão, voltados a finitude, que tem como consequência acadêmicos sem preparo psicológico para lidar com o processo de morte e morrer, e por conseguinte futuros profissionais que terão que aprender a lidar com esta situação em seu dia a dia, podendo por falta de preparo desenvolver certos sofrimentos psíquicos.

Assim, sugere-se a reestruturação teórico-prática dos currículos dos cursos de graduação em enfermagem com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o processo de morte e morrer, no intuito de contribuir para a formação

do enfermeiro e por conseguinte na prestação dos cuidados ao paciente e família que perpassam por esse processo, além de cooperar na realização de novos estudos sobre a temática.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta como limitação ter sido realizado em apenas uma faculdade de enfermagem sendo representada por um número restrito de participantes, porém, suficientes para responder o objetivo aqui proposto.

Contribuições do estudo para a prática

Este estudo traz como contribuição para prática, o refletir da necessidade de uma formação em saúde mais completa e humanizada quanto a temática abordada, a fim de que se entregue ao mercado de trabalho profissionais preparados e qualificados para uma boa prestação de serviços tanto para a vida, quanto para a morte de seus pacientes.

CONCLUSÃO

Os dados aqui apresentados, ainda que limitados à realidade de um curso de graduação em enfermagem, puderam evidenciar as percepções dos graduandos de enfermagem sobre o processo de morte e morrer, dentre as quais tem-se o “fechamento de um ciclo”, “um processo natural/biológico”, “ausência dos sinais vitais” e “uma passagem”, que vai da vida física para a vida espiritual.

Além disso, pôde-se evidenciar o despreparo enfrentado por eles para lidarem com o processo de finitude, dado a forma superficial e rápida de abordagem da temática durante a formação acadêmica, o que indica a necessidade de se expandir o espaço para a informação, discussão e reflexão sobre este processo tão complexo, de forma a oportunizar aos acadêmicos o real compreender da morte e do morrer, implicações estas que se não forem sanadas terão forte influência na formação e atuação destes futuros profissionais, podendo por falta do preparo para tal assistência desenvolver sentimentos de culpa e fracasso e até mesmo ter sua saúde mental e emocional comprometida.

Contribuições dos Autores: Christiane Tereza Aleixo dos Santos: Concepção, análise, interpretação dos dados e revisão final do artigo; Suelen da Silva Miranda (In memorian): Concepção, análise e interpretação dos dados; Karina de Oliveira Freitas: Redação do artigo e revisão crítica; Esleane Vilela Vasconcelos: Concepção, análise, interpretação dos dados e revisão final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Kovács MJ. Educação para a morte. *Psicol Ciênc Profissão* [Internet]. 2005 [cited 2020 fev 15];25(3):484-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012.
2. Lima R, Borsatto AZ, Vaz DC, Pires ACF, Cypriano VP, Ferreira MA. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. *REME - Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev. 10];21:e-1040. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1178>.
3. Araújo RM, Álvares ACM, Jesus ALS. O impacto do processo de finitude e morte de pacientes no cotidiano do profissional de enfermagem. *Rev Inic Cient Ext* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 15];1(Esp.4):400-4. Available from: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/download/127/85/>.
4. Oliveira ES, Agra G, Morais MF, Feitosa IP, Gouveia BLA, Costa MML. O processo de morte e morrer na percepção de acadêmicos de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 18];10(5):1709-16. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13546/16319>.
5. Stochero HM, Nietzsche EA, Salbego C, Pivetta A, Schwertner MVE, Fettermann FA, et al. Sentimentos e dificuldades no enfrentamento do processo de morrer e morte por graduandos de enfermagem. *Aquichan* [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 15];16(2):219-29. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah.iah&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=791092&indexSearch=ID>.
6. Mons SC, Pereira GS, Lima LLM, Leite CN, Fernandes RTP. Estratégias de defesa no processo de morte e morrer: um desafio aos profissionais da enfermagem. *Res Soc Dev* [Internet]. 2020 [cited 2020 fev 10];9(2):e190922139. Available from: https://www.researchgate.net/publication/338426348_Estrategias_de_defesa_no_processo_de_morte_e_morrer_um_desafio_aos_profissionais_da_enfermagem.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70, p.95-127, 2010.
8. Trevisano RG, Almeida JV, Barreto CA. O olhar da enfermagem no processo de luto. *Rev Saúde Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 18];(11):574-87. Available from: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/052_O-OLHAR-DA-ENFERMAGEM-NO-PROCESSO-DE-LUTO.pdf.
9. Couceiro FBL, Bonini LMM, Afférrri C, Imada HN, Nictheroy LM, Silva RA. A percepção da morte e do morrer por estudantes de medicina. *Diálogos interdisciplinares* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 15];8(10):1-13. Available from: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/2526>.
10. Gonçalves JR, Simões JRS. A percepção do enfermeiro no lidar com a morte durante a assistência. *Rev JRG* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 15];II(5):166-82. Available from: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/77>.
11. Lysakowski S, Menin GE. Utilização de simulação clínica no ensino sobre terminalidade da vida na enfermagem: relato de experiência. *Rev Docência Ens Sup* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 15];9(1):e002559. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2559>.
12. Martins LA, Cunha JHS, Ferreira LA, Frizzo HCF, Carvalho LBCP. Significado da morte de pacientes para os profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva. *REFACS* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 13];7(4):448-57. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/691>.
13. Ivo OP, Pedroso KO. O Processo da Morte e do Morrer: uma Visão dos Acadêmicos de Enfermagem. *ID online Rev Multidisc Psicologia* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 15];11(34):271-80. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/691/970>.
14. Lima MJV, Andrade NM. A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. *Saúde soc* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 15];26(4):958-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902017000400958.
15. Vasques TCS, Lunardi VL, Silva PA, Avila LI, Silveira RS, Carvalho KK. Equipe de enfermagem e complexidades do cuidado no processo de morte-morrer. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 15];17(3):e0021949. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000300504.
16. Lima JMA, Santos TS, Guimarães MN, Rocha VLG, Santos EA. "Reflections on tanatology for healthcare professionals working in intensive care: An integrative review". *Int J Dev Res* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 18];9(12):32717-22. Available from: <http://www.journalijdr.com/reflections-tanatology-healthcare-professionals-working-intensive-care-integrative-review>.
17. Heliodoro EA, Rosa DOS. Aspectos éticos e legais da morte encefálica conhecidos por estudantes de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 mai 04];10(1):140-5. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1489/510>.
18. Santos ATS, Oliveira CB, Passos MC, Andrade ASA, Gallotti FCM. Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: visões e vivências do acadêmico de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 mai 04];10 (1): 122-6. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1397/507>.
19. Santos TF, Pintarelli VL. Educação para o Processo do Morrer e da Morte pelos Estudantes de Medicina e Médicos Residentes. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 17];43(2):5-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022019000200005&lng=pt&nrm=iso.

O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES

Aline Mesquita Lemos¹

Helder de Pádua Lima²

Maria Salete Bessa Jorge¹

Lourdes Suelen Pontes Costa¹

Maria Raquel Rodrigues Carvalho¹

Emília Carvalho Caminha¹

<https://orcid.org/0000-0002-9242-6580>

<https://orcid.org/0000-0002-3795-6343>

<https://orcid.org/0000-0001-6461-3015>

<https://orcid.org/0000-0001-8589-0214>

<https://orcid.org/0000-0002-0194-8851>

<https://orcid.org/0000-0003-3098-6563>

Objetivo: Compreender a experiência de estudantes de Enfermagem no processo de ensino-aprendizagem em saúde mental.

Métodos: Estudo qualitativo, realizado com oito estudantes de enfermagem de uma instituição pública. As narrativas foram coletadas através de grupo focal, gravadas e transcritas na íntegra. A análise pautou-se na técnica de análise categorial temática.

Resultados: Emergiram duas categorias analíticas: Formação em saúde mental na Graduação em Enfermagem e Experiências dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem. **Conclusão:** A experiência discente apontou: a necessidade de potencializar a formação em saúde mental com a criação de disciplinas que abordassem esta área de conhecimento; desenvolvimento de estratégias de integração do conteúdo deste campo específico com o de outras disciplinas; uso de metodologias ativas e inovadoras; maiores oportunidades de atuação na Rede de Atenção Psicossocial; e desenvolvimento de práticas de cuidado em enfermagem que favoreçam a superação da estigmatização da pessoa em sofrimento psíquico.

Descritores: Enfermagem, Saúde mental, Estudantes de enfermagem, Educação em enfermagem, Enfermagem psiquiátrica.

MENTAL HEALTH NURSING TEACHING BASED ON STUDENTS' PERCEPTION

Objectives: Analyzing nursing students' experience in the teaching-learning process in mental health. **Methods:** Study qualitative conducted with eight nursing students from a public institution. Participants' narratives were recorded in a focus group and fully transcribed. Data analysis was based on the theme/category-based content analysis technique. **Results:** Two analytical categories emerged, namely: Mental Health Training in Undergraduate Nursing and Students experiences in teaching-learning process. **Conclusion:** Students' experience pointed towards the need of improving mental health training by creating a discipline focused on addressing this knowledge field; developing strategies focused on integrating the content of this specific field with that of other disciplines; using active and innovative methodologies; enabling greater opportunities for students to act in the Psychosocial Care Network; and developing nursing care practices to help individuals in psychological distress to overcome stigmatization.

Descriptors: Nursing, Mental health, Students nursing, Education nursing, Psychiatric nursing.

LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL EN LA PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Objetivo: Entender la experiencia de los estudiantes de enfermería en el proceso de enseñanza-aprendizaje en salud mental. **Métodos:** Un estudio cualitativo, realizado con ocho estudiantes de enfermería de una institución pública. Las narrativas fueron recopiladas a través de grupo focal, grabadas y totalmente transcritas. El análisis se basó en la técnica de análisis por categoría y tema. **Resultados:** Surgieron dos categorías analíticas: Formación en Salud Mental en enfermería del pregrado y Experiencias de los estudiantes en la participación en el proceso de enseñanza-aprendizaje. **Conclusión:** La experiencia de los estudiantes señaló la necesidad de potenciar la formación en salud mental con la creación de disciplina que aborde esta área del conocimiento; el desarrollo de estrategias de integración del contenido de este campo específico con el de otras disciplinas; el uso de metodologías activas e innovadoras; mayores oportunidades de acción en la Red de Atención Psicossocial; y el desarrollo de prácticas de cuidado en enfermería que favorezcan la superación de la estigmatización de la persona con sufrimientos psicológicos.

Descriptor: Enfermería, Salud mental, Estudiantes de enfermeira, Educación em enfermeira, Enfermería psiquiátrica.

¹Universidade Estadual do Ceará – UECE, CE, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, MS, Brasil.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a formação em Enfermagem alinha-se à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem, as quais propõem que os currículos norteiem a construção do perfil acadêmico e profissional a partir de habilidades, competências e conhecimentos que atendam à demanda profissional do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁻².

As Universidades têm autonomia para estabelecer seus currículos de acordo com os diferentes componentes pedagógicos. As Reformas Sanitária e Psiquiátrica influenciam a estrutura curricular do curso de Enfermagem e determinam o perfil do enfermeiro para atuação em diferentes cenários do cuidado profissional³.

O ensino do cuidado aplicado à saúde mental nos Cursos de Graduação em Enfermagem está, de maneira geral, disponível em disciplinas denominadas de Enfermagem em Saúde Mental e/ou Psiquiátrica que visam, entre outros objetivos, o desenvolver de habilidades e competências vinculadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do relacionamento terapêutico, assim como o exercício constante da percepção de si próprio na relação enfermeiro/paciente⁴.

A passagem da institucionalização para a inserção social da pessoa em sofrimento psíquico exige que enfermeiros integrem saberes e práticas que permitam tais profissionais o reconheçam a presença desses pacientes em uma realidade social e também em seu contexto familiar. A habilidade de reconhecer tal processo durante a formação profissional requer que o ensino de atenção em saúde valorize aspectos biopsicossociais e supere o modelo biomédico e hospitalocêntrico/manicomial^{3,5}.

A formação de enfermeiros no campo da saúde mental é deficiente em função de vários fatores como: falta de definição das competências específicas; predisposição de docentes para atuar em outras áreas de interesse; particularidades das metodologias utilizadas pelo corpo docente; formação precária e desconhecimento do currículo por parte de alguns docentes; e ausência da transversalidade no tema Saúde Mental nas disciplinas voltadas ao ciclo da vida⁶.

É essencial estender o olhar sobre o fenômeno do ensino e do aprendizado em saúde mental, não apenas acerca da ação docente mas, também, das perspectivas de estudantes de Enfermagem que compartilham essa experiência relacional, ao considerar que essa ação projetada significa para futuros enfermeiros.

A experiência dos autores como docentes da área de Enfermagem de diferentes instituições de ensino superior, comprometidos com o fortalecimento da formação de enfermeiros em saúde mental, motivou a realização desta pes-

quisa, a qual foi norteada pela seguinte questão: quais são as percepções de estudantes de Enfermagem sobre o processo de ensino-aprendizagem aplicado à saúde mental?

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é compreender a experiência de estudantes de Enfermagem no processo de ensino-aprendizagem em saúde mental.

MÉTODO

Tipo de estudo

Realizou-se um estudo exploratório com abordagem qualitativa focado na exploração de fenômenos em sua essência e em experiências vividas.

Participantes da pesquisa

A população do estudo foi representada por 21 estudantes matriculados no oitavo período do curso de Enfermagem que haviam cursado a disciplina "Enfermagem no Processo de Cuidar do Adulto II" no sexto período. Essa era a única disciplina da matriz curricular na qual o conteúdo teórico-prático de saúde mental era abordado.

A amostra foi representada por oito estudantes que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e estar matriculado no oitavo período do Curso de Graduação em Enfermagem e ter cursado. Foram excluídos do estudo estudantes que trancaram suas matrículas na disciplina durante a coleta de dados ou que se recusaram a participar. A amostra foi definida de acordo com o critério de satisfação dos dados, o qual permitiu a inclusão intencional dos estudantes que atendiam aos critérios de inclusão e estavam disponíveis durante a coleta de dados.

Cada informante foi identificado de acordo com a ordem de aceite para participação com o objetivo de garantir o anonimato. Dessa forma, "P1" representa o estudante que primeiro que aceitou participar da pesquisa e assim sucessivamente.

Local de estudo

Desenvolveu-se o estudo no Curso de Enfermagem de uma Universidade Pública no Ceará, Brasil.

Coleta de dados

Um dos pesquisadores compareceu à sala de aula dos estudantes que atendiam os critérios de inclusão na pesquisa, com a autorização da coordenação do curso, disponibilizou informações sobre a pesquisa e fez um convite para a participação no estudo.

Foram definidos previamente a equipe técnica (uma mediadora e dois observadores), o local de realização e suas características (uma das salas do departamento de Enfermagem; fora do horário de aula; ambiente acolhedor, agradável e confortável; com cadeiras dispostas de forma circular para facilitar a participação e interação entre os participantes), a

técnica de coleta e o roteiro de discussão (uma sessão de grupo focal orientada por questões norteadoras que versavam sobre o conteúdo de Saúde Mental apresentado durante Curso de Graduação em Enfermagem, o processo ensino-aprendizagem e a vivência na disciplina “Enfermagem no Processo de Cuidar do Adulto II”). A coleta de dados foi realizada em junho de 2017 e a sessão de grupo focal dividiu-se em três tempos: Apresentação, momento com duração de 15 minutos em que equipe e participantes se apresentaram, os objetivos da pesquisa e os direitos dos participantes foram esclarecidos, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por parte daqueles que concordaram em participar; Desenvolvimento, momento com duração de 60 minutos em que se conduziu a entrevista guiada pelo roteiro de questões norteadoras, no qual a facilitadora utilizou técnicas investigativas para fomentar a discussão e os observadores registraram o andamento do grupo focal e gravaram a discussão com gravador digital; e Término, momento com duração de 15 minutos em que foram reforçados os objetivos da pesquisa e os direitos dos participantes, realizados os agradecimentos e oferecido um lanche.

Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir de práticas discursivas e da produção de sentidos⁷, substanciado pelas narrativas gravadas e transcritas na íntegra. Com base nesse tipo de análise, seguiram-se as seguintes etapas: digitou-se o material gravado no programa Word®, inseriu-se um quadro com a quantidade de colunas correspondente às categorias a serem empregadas, transferiu-se o texto para as colunas por meio das ferramentas copiar e colar, e realizou-se a leitura das narrativas procurando identificar os sentidos produzidos pelos estudantes acerca da formação em saúde mental na Graduação em Enfermagem e das experiências no processo de ensino-aprendizagem.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Protocolo nº 480.404. Todos os aspectos éticos e legais descritos na Resolução Nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁸ foram respeitados.

RESULTADOS

Todos os participantes eram mulheres, solteiras e tinham idade entre 21 e 23 anos. Seis delas eram naturais do município de Fortaleza - Ceará. Nenhuma participante tinha filhos. Seis delas eram bolsistas de iniciação científica ou de projetos extensão. Quatro participantes tinham renda individual menor que um salário mínimo e cinco tinham renda familiar entre três e oito salários mínimos.

A seguir, serão apresentadas duas categorias ana-

líticas que emergiram das narrativas: “Formação em saúde mental na Graduação em Enfermagem” e “Experiências dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem”.

Formação em saúde mental na Graduação em Enfermagem

As narrativas das estudantes revelaram a insatisfação com o conteúdo aplicado à saúde mental abordado na disciplina “Enfermagem no Processo de Cuidar do Adulto II”. Tal fato resultou da carga horária reduzida, do tema ser abordado apenas no sexto período de curso, e também, da falta de integração com as demais disciplinas curriculares. Tal contexto pode ser apreendido a partir das seguintes narrativas:

Só vi conteúdo de Saúde Mental no sexto período. Acho que deveria abordar no quinto semestre mostrando o que podemos encontrar no Posto de Saúde. Fui para o Estágio Supervisionado na atenção básica sem saber nada de Saúde Mental (P1);

É inviável ter o conteúdo de Saúde Mental somente na disciplina de Saúde do Adulto. Tem muita sobrecarga. Na grade curricular são nove semestres, você só tem a Saúde Mental nessa disciplina, que já é tão sobrecarregada... Se eles pudessem desvincular com certeza ficaria melhor para os estudantes (P8).

Outro aspecto presente nas narrativas refere-se à superficialidade da abordagem dada aos temas relativos ao campo da saúde mental e à insatisfação com a metodologia e didática utilizadas em aulas teóricas. As narrativas a seguir revelam tal cenário:

Para mim, não foi suficiente esse aprendizado. A professora que deu aula sentou e leu slide. A matéria já não é legal, já tem pouca oportunidade e quando tem, não é muito boa (P1);

Mesmo no sexto semestre foi uma coisa pincelada. A parte da teoria foi muito conceitual. Eram conceitos que eram passados prontos. Só estudávamos basicamente para as provas. Não tinha estudo de caso, nada para raciocinar, pensar um pouco mais sobre por qual motivo estava acontecendo aquilo, se estava ligado à isso ou aquilo (P6).

As narrativas mostram que a formação dos enfermeiros no campo da saúde mental, ainda é permeada de estigmas e fragilidades. Apenas uma disciplina aborda o tema e os docentes não dispõem de estratégias didáticas de ensino.

Experiências dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem

As narrativas das estudantes mostram que foram fei-

tas visitas e ações em diferentes serviços que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nelas, as alunas desenvolveram diferentes práticas de cuidado de Enfermagem aplicadas à saúde mental: relacionamento e comunicação terapêutica, coordenação de grupos, caracterização de transtornos mentais, e o cuidado individual e familiar.

As estudantes também revelam a necessidade de explorar e aprofundar a prática do Enfermeiro junto a todos os serviços da RAPS afim de romper com a formação fragmentada em Enfermagem:

No estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) só fiz sala de espera (P1);

Não fiz consulta, nem observei como um Enfermeiro age. Queria que cada aluno passasse um dia com um profissional, vendo o que ele fala, quais as perguntas, para usar como exemplo. Muitas vezes, ao falar com o paciente, aconselhamos o que achamos, o que temos de carga da nossa vida, nem sempre da disciplina. Vendo a atuação profissional facilitaria muito (P5);

Ficamos no Hospital-dia e depois desenvolvemos o relacionamento terapêutico com o paciente através de um instrumento. Nosso trabalho terapêutico era com o paciente e com a família também. Desenvolvi estudo de caso, mas ficou a desejar (P7);

Tinha que ler muito, querendo ou não. Se tivesse ido ao CAPS, tinha detestado todo dia fazer sala de espera. Enfermeiro não se resume a isto. Teria fugido várias vezes do estágio (P8).

As narrativas revelam que a atuação em dispositivos da RAPS favorece a aproximação com usuários do sistema e a superação do estigma imputado à pessoa em sofrimento psíquico. Outros trechos denotam que a experiência das estudantes com pacientes de saúde mental mostrou um déficit de conhecimento e pouco interesse pela área:

Atendemos pacientes em crise, ficamos desesperadas, medrosas, sem ação. Se pedir hoje para atuar na Saúde Mental, não vou saber, vou ter que estudar, não me considero capaz, minha experiência foi pouca. O conteúdo não é interessante para mim (P2);

Eu tinha muito preconceito, não sabia o que fazer em um Hospital de Saúde Mental, o que era sofrimento mental, como é que está aquela pessoa. Por exemplo, no Hospital-dia, ficar com o paciente todo dia em relacionamento terapêutico é diferente. A maioria das pessoas não tem interesse, mas o contato e uma aula podem facilitar e ser determinante (P7).

As participantes destacaram a necessidade de participar ativamente em projetos de extensão comunitária na referida área de modo a suprir deficiências de aprendizado em saúde mental na graduação:

Particpei de um Projeto Integrado de Pesquisa e de Extensão. Lá observei o que é síndrome do pânico, pelo depoimento de pacientes, não pelo que eu leio em um livro. Se me perguntar o que é eu sei dizer, pois ouvi pessoas falando. Visualizei os sintomas de depressão, pessoas em uso exacerbado de medicamentos, em terapias alternativas no tratamento (P3);

A Extensão foi o pouco da minha bagagem, do significado que tem Saúde Mental. As pessoas participavam e víamos a diferença ao longo dos encontros. Dava para ter uma continuidade da assistência (P4).

As narrativas revelam que a experiência vivida pelas participantes possibilitou sua reflexão e ampliação de conhecimento associadas às práticas em serviços e ações de saúde, embora as narrativas apontem resistência à atuação no campo da saúde mental. Nesse sentido, o ensino superior destaca-se como ferramenta para quebrar paradigmas e propagar a humanização do cuidado.

DISCUSSÃO

No Brasil, as primeiras tentativas de sistematização do ensino de Enfermagem na área psiquiátrica ocorreram a partir de 1890, na Escola Profissional de Enfermeiros no Hospício Nacional de Alienados. No ano de 1923 se institucionaliza o ensino da Enfermagem, mas não houve interesse do ensino nesta área específica. Alguns cursos iniciaram a formação em Enfermagem Psiquiátrica por volta de 1941, no contexto de expansão dos manicômios³.

Apesar de terem se tornado obrigatórios na formação em Enfermagem no país em 1949, com a promulgação da Lei Nº 775 e do Decreto Nº 27.426, o ensino e o estágio de Enfermagem Psiquiátrica se basearam, até a década de 1980, nos princípios assistenciais estabelecidos pelos paradigmas biomédico e hospitalocêntrico que tinham como foco a patologia, o tratamento medicamentoso e a reclusão de pessoas com transtornos mentais em instituições manicomial de longa permanência⁹.

A partir da década de 1990, a área de conhecimento da saúde mental e psiquiatria sofreu mudanças significativas no currículo de Enfermagem para atender ao contexto histórico, político e social relacionado aos movimentos de Reforma Sanitária, que culminou com a instituição do SUS, e de Refor-

ma Psiquiátrica que, de certa forma, determinou o perfil do profissional para atuar nessa área em diferentes cenários de cuidado profissional³.

A Política Nacional de Saúde Mental sancionada pela Lei Nº 10.216 em 2001, paralelamente à instituição das DCN do Curso de Graduação em Enfermagem, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e comportamentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, conforme o paradigma da atenção psicossocial. A oferta de tratamento em serviços abertos de base territorial e comunitária passou a ser prioritária¹⁰.

A consolidação dessas políticas públicas passou a requerer a formação de profissionais comprometidos com a atenção à saúde mental e capazes de romper com os paradigmas biomédico e hospitalocêntrico, compreender os determinantes psicossociais da loucura, desenvolver novas formas de pensar e agir, e reinventar modos de lidar com pessoas em sofrimento psíquico. A partir de então, o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental deve seguir as DCN e orientar-se pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, buscando inserir estudantes nos novos dispositivos de atenção à pessoa em sofrimento psíquico evitando mantê-los exclusivamente no âmbito hospitalar¹⁰⁻¹¹.

Tal quadro suscitou nos docentes a necessidade de repensar o conteúdo das disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem e os cenários de prática para o desenvolvimento de atividades com estudantes. No entanto, o rompimento com o modelo hospitalocêntrico é complexo e exige a quebra do paradigma "medicar, conter e vigiar", apesar da criação de dispositivos substituídos aos manicômios. O novo modelo deu lugar à construção de novas estratégias assistenciais para reabilitar e promover cuidado o efetivo^{6,12-13}.

Vale ressaltar que o modelo tradicional de como se constituem as práticas de formação e de cuidar ainda não foi totalmente superado. Atualmente a assistência de caráter manicomial convive lado a lado com os novos dispositivos de assistência em saúde mental. Além disso, o processo de formação em Enfermagem ainda enfrenta dificuldades na construção de saberes voltados para o alcance da integralidade da atenção em saúde como diretriz da Constituição Brasileira de 1988 para o SUS, também prevista na Lei Orgânica de Saúde da Saúde, Lei Nº 8.080/1990¹⁰⁻¹¹. Historicamente, a formação de profissionais da saúde foi pautada pelo uso de metodologias tradicionais, fragmentadas e reducionistas. A fragmentação do saber manifestou-se nas subdivisões de cursos

em períodos e em disciplinas estanques. Além disso, o processo ensino-aprendizagem ainda restringe-se, muitas vezes, à reprodução do conhecimento; o docente assume o papel de transmissor de conteúdos, e os discentes os captam e repetem de forma passiva e receptiva - tornando-se meros expectadores, sem criticidade e reflexão¹⁴.

Dada a peculiaridade e relevância do cuidado de enfermagem aplicada à saúde mental, é imprescindível desenvolver estratégias inovadoras de ensino e construção de possibilidades de cuidados, tais como: relação interpessoal, projeto terapêutico, inclusão social, reabilitação psicossocial e atenção interprofissional, territorializada e intersetorial. É essencial basear o processo de formação de profissionais enfermeiros em uma pedagogia centrada em valorizar o estudante como sujeito do aprendizado e em construir conhecimento por meio de atividades e práticas interativas. Metodologias ativas são úteis nesse contexto, pois protagonizam o processo de formação acadêmica e estimulam a participação ativa de discentes no processo dinâmico de construção do conhecimento, e de resolução e avaliação de problemas^{2,6,15}. Várias fragilidades são observadas na formação de enfermeiros em saúde mental e evidenciadas na literatura e nas narrativas das participantes do estudo. Algumas dessas fragilidades estão ligadas à aplicação da integralidade durante a formação acadêmica e do reconhecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do processo de enfermagem, o qual é um instrumento importante de trabalho para o enfermeiro, por estar peculiarmente atrelado à prática da clínica ampliada¹¹⁻¹⁶.

Experiências que utilizam e avaliam a eficácia de tal abordagem na formação em saúde mental são limitadas. Em geral, professores oportunizam a execução de parte da abordagem discutida aqui. Ocasões que têm como objetivo desenvolvê-la em sua totalidade restringem-se a experiências localizadas, em um contexto institucional particular, ou em estudos de caso focados em patologias¹⁷.

O estigma imposto à pessoa em sofrimento psíquico é outra barreira relevante para o processo de ensino-aprendizagem. Esta afirmação reverbera nas escolhas feitas por esses profissionais, uma vez que a área de saúde mental não é vista como opção de ação na prática profissional por muitos estudantes na área de enfermagem.

Estigma e medo podem contribuir para que estudantes se distanciem do paciente. A formação em enferma-

gem pode demarcar um espaço para a apropriação de como eles percebem, reagem e redimensionam do olhar sobre a clientela, priorizando práticas mais integradas na provisão de cuidados de saúde¹⁸⁻²⁰.

O contato com temas pertinentes à saúde mental durante a graduação pode ser o ponto de partida para abordar comportamentos discriminatórios que reforçam o estigma. A inserção de discentes nos serviços de assistência a pessoas em sofrimento psíquico possibilita a diminuição do preconceito e o aumento da disponibilidade para a prestação de cuidado livre de julgamentos. O enfrentamento do estigma imposto à pessoa em sofrimento psíquico é um dos desafios apontados pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que associa-se à negação de direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, fato que traz mais sofrimento a eles^{13,21-22}.

As premissas das DCN aplicadas à Graduação de Enfermagem estabelecem que a formação do enfermeiro deve ser pautada no direcionamento para o SUS, dadas as necessidades sociais, com ações integradas¹. O incentivo da parceria com instituições nos diversos níveis de atenção dentro da assistência em saúde mental, assim como a estágios extracurriculares em outros dispositivos favorecem o processo ensino-aprendizagem de base sólida²³.

Limitações do estudo

O estudo apresenta limitações quanto à sua abrangência, pois restringiu-se a uma única instituição de ensino. Além disso, os dados foram coletados em uma única sessão de grupo focal e o número de participantes foi reduzido.

Contribuição do estudo para a prática

O estudo contribui para a ampliação do debate acerca da formação de enfermeiros para o cuidado em saúde mental na perspectiva exposta na Reforma Psiquiátrica. Propicia também condições para a reflexão acerca do papel dos discentes na promoção da saúde mental, bem como da necessidade de proporcionar uma formação que possibilite o desenvolvimento de habilidades científicas, humanísticas e técnicas aos estudantes de modo a instrumentalizá-los para a prática profissional embasada nas DCN e nos princípios do SUS.

CONCLUSÃO

A experiência discente apontou a necessidade de potencializar o processo de ensino-aprendizagem em saúde mental por meio de disciplinas que abordem exclusivamente tópicos dessa área de conhecimento. O desenvolvimento de estratégias de integração curricular

e o uso de metodologias ativas e inovadoras que viabilizem a partilha de saberes e práticas entre estudantes e docentes também são aspectos a serem considerados.

Além dos fatores supracitados, a oportunidade de atuação nos diversos dispositivos da RAPS e de aproximação entre estudantes e usuários; o uso da SAE como referencial para intervenções em saúde mental; o estímulo e ampliação da participação discente em projetos de pesquisa e extensão comunitária para minimizar lacunas do ensino e possibilitar novas formas de construir saúde; e desenvolvimento de práticas de cuidado em enfermagem baseadas no relacionamento e na comunicação terapêutica visando superar o estigma da pessoa em sofrimento psíquico também são decisivos.

Há a expectativa de que dados do presente estudo possam instigar o interesse da comunidade científica pelo desenvolvimento de pesquisas que aprofundem o conhecimento acerca do processo ensino-aprendizagem em saúde mental. Tal abordagem deve ser substanciada pela perspectiva dos diferentes atores envolvidos no processo. Novos estudos devem produzir subsídios para alinhar projetos pedagógicos nos Cursos de Graduação em Enfermagem e o exercício da prática profissional nesse campo de estudo.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Aline Mesquita Lemos: concepção do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovação da versão final do artigo. Maria Salete Bessa Jorge: concepção do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovação da versão final do artigo. Helder de Pádua Lima: análise e interpretação dos resultados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovação da versão final do artigo. Lourdes Suelen Pontes Costa: análise e interpretação dos resultados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovação da versão final do artigo. Maria Raquel Rodrigues Carvalho: redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovação da versão final do artigo. Emília Carvalho Caminha: redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovação da versão final do artigo.

Agradecimentos e Financiamento: Agradecemos o apoio/financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Educação. (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.37. Available from :
- 2- Siqueira Júnior AC, Otani MAP. The teaching of psychiatric nursing and mental health in the curriculum by competence. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2019 mar 20]; 15(4):539-545. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200016
- 3- Rodrigues J, Kempfer SS, Lenz JR, Oliveira SN. Influence of curricular reforms in mental health nursing education between 1969 and 2014. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 abr 20]; 38(3):1-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300407.
- 4- Rodrigues J, Lazzari DD, Martini JG, Testoni AK. Professors' perception of mental health teaching in nursing. *Texto Contexto-Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2019 jun 18]; 28(2):1-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0012>.
- 5- Vargas D, Maciel MED, Bittencourt MN, Lenate JS, Pereira CF. Teaching psychiatric and mental health nursing in Brazil: Curricular analysis of the undergraduate course. *Texto Contexto-Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 18]; 27(2):11-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200316.
- 6- Santos LM, Oliveira RMP, Dutra VFD, Porto IS. The process of knowledge transference: a matter concerning of teaching of psychiatric nursing. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 abr 20]; 21(3):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0356.pdf>.
- 7- Spink MJ. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2013.
- 8- Ministério da Saúde. (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil (DF), 12 de dezembro de 2012. Seção 1, p.59. Available from :
- 9- Martins GCS, Peres MAA, Santos TCF, Queirós PJP, Paiva CF, Almeida Filho AJ. Teaching undergraduate nursing in mental health as allied to the consolidation of the Psychiatric Reform movement. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2019 jul 20]; 22(4):1-8. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0164>
- 10- Queiroz AM, Florêncio RMS, Fernandes JD, Teixeira E, Silva GTR, Amestoy SC. (In)visibility of mental health at the National Seminar on Nursing Education Guidelines. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2018 [cited 2020 abr 10]; 26(e31292):1-7. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/31292/26830>.
- 11- Tavares CM, Mesquita LM. Systematization of nursing and clinical assistance expanded: challenges for mental health education. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 28]; 10(7):121-126. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2810/560>.
- 12- Souza MCBM. The Psychiatric nursing/mental health education: Advances, limitations and challenges. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2016 [cited 2019 jul 20]; 12(3):139-146. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/120777/117844>.
- 13- Tavares CMM, Gama LN, Souza MMT, Paiva LM, Silveira PG, Mattos MMGR. Specific skills of mental health nurses in undergraduate nursing teaching. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2016 [cited 2019 jul 20]; 4(1):25-32. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-216020160004000004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- 14- Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP et al. Active teaching-learning methodologies in health education: current debates. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 18]; 13(2):2133-2144. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>.
- 15- Fernandes MA, Soares NSA, Ribeiro IAP, Sousa CCM, Ribeiro HKP. Active methodologies as a tool for training in mental health. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 18]; 12(12):3172-3180. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237762p3172-3180-2018>.
- 16- Santos ATS, Oliveira CB, Passos MC, Andrade ASA, Gallotti FCM. Integrality of care in the training of nurses: visions and experiences of nursing students. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 28]; 10(1):122-126. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1397/507>.
- 17- Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 jul 20]; 70 (1): 209-218. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>.
- 18- Azevedo AL, Araújo STC, Vidal VLL. How nursing students perceive communication with patients in mental health. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 jul 21]; 28(2):125-131. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000200125&script=sci_arttext&tlng=en.
- 19- Vijayalakshmi P, Thimmaiah R, Chandra R, Badamath S. Bachelor of nursing student' attitude towards people with mental illness and career choices in psychiatric nursing. An Indian perspective. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 jul 21]; 33(1):138-154. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072015000100017&lng=en&nrm=iso.
- 20- Barbosa MC, Vasconcelos CR, Oselame GB. The perception of nursing on academic madness. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2019 jul 20]; 5(2):3-17. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1516/pdf>.
- 21- Silva LA, Santos I, Tavares CMM. Nursing students' imaginary regarding people with psychological distress: A socio-poetic study. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2018 jul 10]; 23(4):468-474. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18917>.
- 22- Martins GCS, Peres MAA, Santos TCF, Queirós PJP, Paiva CF, Almeida Filho AJ. Teaching undergraduate nursing in mental health as allied to the consolidation of the Psychiatric Reform movement. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2019 jul 20]; 22(4):1-8. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0164>.
- 23- Silva ANC, Moreira DP, Freitas CMA, Teixeira AKS, Pinheiro ARM. Extracurricular nursing internship: strategy for vocational training. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 22]; 10(4):121-135. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1880>.

PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE A UTILIZAÇÃO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO

Antonio Germane Alves Pinto¹

Daniele Gomes da Silva¹

Estephani Vitorino Correia da Silva¹

João Paulo Xavier Silva¹

José Adelmo da Silva Filho¹

Pedro Paulo Rodrigues¹

Rachel Cardoso de Almeida¹

<http://orcid.org/0000-0002-4897-1178>

<http://orcid.org/0000-0002-7605-9530>

<http://orcid.org/0000-0002-2218-6075>

<http://orcid.org/0000-0003-3082-9373>

<http://orcid.org/0000-0002-0261-2014>

<http://orcid.org/0000-0001-7026-0092>

<http://orcid.org/0000-0001-8523-5842>

Objetivo: Analisar as percepções de estudantes de graduação em Enfermagem sobre a utilização do portfólio reflexivo como método de ensino, aprendizagem e avaliação. **Método:** Pesquisa qualitativa, realizada em uma turma de acadêmicos de Enfermagem, os quais desenvolveram portfólios para a disciplina Tópicos Especiais do Cuidado de Enfermagem. Utilizou-se questionário sobre a percepção dos acadêmicos na construção do portfólio com ênfase em aspectos positivos e negativos do processo. Os dados foram categorizados pela análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que a utilização do portfólio constitui uma ferramenta para superação do modelo tradicional de ensino, visando a reflexão do estudante no processo ensino-aprendizagem. O sucesso do uso do portfólio como metodologia ativa e método de avaliação depende da participação e interesse dos estudantes e professores. **Conclusão:** A reflexão no processo ensino-aprendizagem se torna possível com a utilização de metodologias ativas. Como implicações para a prática de Enfermagem, o portfólio se mostrou uma estratégia eficiente para a ampliação do conhecimento teórico, auxiliando no desenvolvimento das habilidades e competências da profissão.

Descritores: Educação em Enfermagem; Aprendizagem; Avaliação educacional.

PERCEPTIONS OF NURSING STUDENTS ON THE USE OF THE REFLECTIVE PORTFOLIO

Objective: To analyze the perceptions of undergraduate nursing students about the use of the reflective portfolio as a teaching, learning and assessment method. **Method:** Qualitative research, conducted in a class of nursing students, who developed portfolios for the discipline Special Topics of Nursing Care. We used a questionnaire about the students' perception in the portfolio construction with emphasis on positive and negative aspects of the process. Data were categorized by thematic content analysis. **Results:** The results showed that the use of the portfolio is a tool for overcoming the traditional teaching model, aiming at student reflection in the teaching-learning process. The success of using the portfolio as an active methodology and assessment method depends on the participation and interest of students and teachers. **Conclusion:** Reflection in the teaching-learning process becomes possible with the use of active methodologies. As implications for nursing practice, the portfolio proved to be an efficient strategy for the expansion of theoretical knowledge, helping in the development of skills and competences of the profession.

Descriptors: Nursing education; Learning; Educational evaluation.

PERCEPCIONES DE ESTUDIANTES EN REFERENCIA SOBRE EL USO DE LA CARTERA REFLECTIVA

Objetivo: analizar las percepciones de los estudiantes de pregrado de enfermería sobre el uso de la cartera reflexiva como método de enseñanza, aprendizaje y evaluación. **Método:** Investigación cualitativa, realizada en un grupo de estudiantes de Enfermería, que desarrollaron portafolios para la disciplina Temas Especiales en Atención de Enfermería. Se utilizó un cuestionario sobre la percepción de los académicos en la construcción de la cartera con énfasis en los aspectos positivos y negativos del proceso. Los datos fueron categorizados por análisis de contenido temático. **Resultados:** Los resultados mostraron que el uso del portafolio es una herramienta para superar el modelo de enseñanza tradicional, con el objetivo de reflejar al alumno en el proceso de enseñanza-aprendizaje. El éxito del uso de la cartera como metodología activa y método de evaluación depende de la participación e interés de estudiantes y maestros. **Conclusión:** La reflexión en el proceso de enseñanza-aprendizaje se hace posible con el uso de metodologías activas. Como implicaciones para la práctica de enfermería, el portafolio demostró ser una estrategia eficiente para expandir el conocimiento teórico, ayudando a desarrollar las habilidades y competencias de la profesión.

Descriptores: Educación en enfermería; Aprendizaje; Evaluación educativa.

¹Universidade Regional do Cariri (URCA), CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O processo de formação profissional do enfermeiro na contemporaneidade brasileira é resultado de diversas transformações ocorridas ao longo dos anos, atreladas ao modelo político-econômico-social vigente. O mundo globalizado tem conduzido esse processo sob novos modelos de construção do conhecimento que possibilitam a formação de profissionais competentes para o atendimento qualificado à saúde da população¹.

A integração entre o ensino superior, a sociedade e o mercado de trabalho constitui elemento essencial para o planejamento do processo de ensino-aprendizagem. A identificação de formas, métodos e conteúdos a serem desenvolvidos no processo formativo do profissional enfermeiro deve corresponder ao desenvolvimento social, econômico e cultural, segundo as necessidades em saúde dos sujeitos na perspectiva biopsicossocial²⁻³.

Na formação em Enfermagem, as práticas pedagógicas devem possuir como eixo norteador o aprender a cuidar do outro, tendo em vista a sua condição singular e integral de existência. Com isso, é reconhecido que o processo educativo e o processo de cuidar se dão no âmbito de relações interpessoais⁴.

Para o estabelecimento de um processo ensino-aprendizagem sólido e instigador no campo da Educação em Enfermagem, podemos inferir que o alcance de uma Aprendizagem Significativa é concebido a partir de elementos como compreensão, reflexão e atribuição de significados ao cuidado. Com isso, emprega-se a Aprendizagem Significativa na educação dos estudantes de Enfermagem tendo como objetivo a reelaboração de conceitos a partir do conhecimento prévio e da retenção do que faz sentido e tem significado no aprender a cuidar⁵.

Emerge, nesse contexto, a necessidade de superação dos modelos tradicionais de ensino perpetuados na história, e sua substituição por novas estratégias pedagógicas que coloquem a pessoa e sua subjetividade no centro do processo ensino-aprendizagem. As metodologias ativas representam essas estratégias ao desdobrarem-se em tendências pedagógicas através das quais o estudante de Enfermagem se torna o protagonista central, corresponsável por sua trajetória educacional⁶.

Nesse cenário, o portfólio se configura como sendo uma metodologia interessante para a avaliação e desenvolvimento das atividades voltadas para a prática profissional, a qual proporciona a reflexão e a articulação de saberes teóricos usados no processo de trabalho. Por meio dessa ferramenta, o estudante agrupa anotações, resumos, relatórios e reflexões, para que em seguida possa estabelecer o que é mais significativo segundo suas experiências, o que evidencia seu avanço

ou sua persistência em dificuldades não solucionadas⁷.

Diante do exposto, objetiva-se analisar as percepções de estudantes de graduação em Enfermagem sobre a utilização do portfólio como método de ensino, aprendizagem e avaliação.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo qualitativo realizado com estudantes de Enfermagem.

Local de estudo

Curso de Enfermagem do interior do Estado do Ceará.

Participantes do estudo

Participaram da pesquisa estudantes da disciplina *Tópicos Especiais do Cuidado de Enfermagem*, ofertada no 8º semestre do Curso de Enfermagem. Apesar da não exigência de pré-requisitos para cursá-la, todos os participantes estavam na fase pré-estágio do curso.

Participaram do estudo 19 acadêmicos regularmente matriculados na disciplina *Tópicos Especiais do Cuidado de Enfermagem*. Como critério de inclusão utilizou-se estar cursando a disciplina *Tópicos Especiais do Cuidado de Enfermagem* e como critério de exclusão estudantes que tenham se evadido durante o semestre.

Coleta de dados

Os dados foram coletados durante o período de agosto a dezembro de 2016. Os estudantes desenvolveram portfólios como parte complementar do processo de ensino-aprendizagem da disciplina *Tópicos Especiais do Cuidado de Enfermagem*. Primeiramente, os estudantes foram norteados no que se refere ao método a ser usado para a preparação do portfólio durante o semestre, no qual foram destacados os objetivos do emprego de tal metodologia: método de aprendizagem e avaliação educacional que leva o acadêmico à reflexão, à autonomia, à liberdade de expressão e à criatividade. As temáticas abordadas durante as aulas foram definidas por prioridade da turma, elencando temas relacionados ao cuidado de Enfermagem, práticas e contextos assistenciais. Sendo assim, os marcos formativos durante a disciplina correspondem às demandas apresentadas pelos estudantes no início do semestre, correspondendo às necessidades de aprendizagem consideradas prioritárias para o ingresso nos campos de prática.

Após cada aula, os estudantes deveriam repassar para o portfólio o que aprenderam e o que mais significou no aprendizado. O portfólio era apresentado na sala de aula duas vezes durante o semestre, correspondendo a duas notas de avaliação do semestre. O professor avaliava o conteúdo de maneira formativa, conforme os objetivos propostos durante o semestre, fornecendo assim um *feedback*. A avaliação educacional não era realizada somente pelo professor, mas

também de forma individual e em conjunto com os colegas de sala, resultando a nota final. Ademais, o professor realizava uma avaliação do desempenho e evolução durante a construção do portfólio de cada estudante, sendo questionadas as dificuldades, limitações, desempenho e crescimento em relação à aprendizagem de cada estudante.

Ao final do semestre, foi realizada a aplicação de um questionário com os estudantes, cujo propósito era conseguir dados sobre a percepção dos acadêmicos a respeito da importância do portfólio como metodologia ativa de ensino-aprendizagem e como método de avaliação educacional para identificar os pontos positivos e negativos sobre seu uso. O questionário utilizado foi composto por cinco perguntas: "Como você se sente em relação ao aprendizado sobre cuidado de Enfermagem?"; "Fale um pouco sobre sua experiência durante esse semestre. O que foi significativo para sua aprendizagem?"; "Quais as dificuldades e/ou limitações no processo de educação em Enfermagem?"; "A construção do portfólio acadêmico foi algo proveitoso para o seu aprendizado?"; "Considerando a forma como a disciplina foi desenvolvida, o que é importante manter, abandonar e/ou ampliar para a melhoria do aprendizado?".

Procedimentos de análise e tratamento dos dados

Após a transcrição integral das falas, as informações da pesquisa foram examinadas sob os pressupostos da análise de conteúdo do tipo categorial temática⁷, cumprindo-se suas três fases essenciais: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Assim, o processo analítico adotado evidenciou as seguintes categorias temáticas: "Caminhos do processo formativo para o cuidado de Enfermagem: de uma visão limitante da saúde à necessária atualização na prática assistencial"; e, "Portfólio como instrumento reflexivo e significativo na formação em Enfermagem: reconstrução de saberes e desenvolvimento profissional".

Aspectos éticos

A presente pesquisa obedeceu aos aspectos éticos e legais que estão dispostos na Resolução Nº 466/12 e Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁹⁻¹⁰, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer Nº 974.796.

RESULTADOS

- Caminhos do processo formativo para o cuidado de Enfermagem: de uma visão limitante da saúde à necessária atualização na prática assistencial

Ao serem questionados como se sentiam em relação ao aprendizado sobre os cuidados de Enfermagem, emergiram narrativas direcionadas, sobretudo, para uma visão ampliada de saúde, na qual devemos observar a prática cuidadora no

processo saúde-doença, em sua diversidade de fatores biopsicossociais.

[...] um olhar mais ampliado, enxergando além da doença e vendo o paciente como um todo (E8).

[...] envolve inúmeros fatores biopsicossociais e várias definições sobre o cuidado, e nenhuma está errada ou correta completamente, uma completa a outra [...] (E7).

Emerge no processo de ensino-aprendizagem que o cuidado de Enfermagem deve ser uma assistência que ocorra de modo holístico e integral, no qual o paciente deva ser compreendido em seu contexto específico, além de ser realizado de maneira humanizada e reflexiva, como narram a seguir:

O cuidado de Enfermagem deve ser integral, holístico e subjetivo, compreender o indivíduo dentro do seu contexto [...] (E18).

O cuidado foi empoderado, humanizada e reflexivo (E11).

Sobre o cuidado de Enfermagem, os participantes expõem que sempre existirá a necessidade de formação e atualização, pois a prática de Enfermagem é diferenciada e minuciosa, exigindo atenção no trabalho cotidiano.

[...] sempre haverá melhorias para se realizar; [...] o cuidar de um modo geral é algo especial, minucioso e ao qual devemos voltar toda nossa atenção já que consiste na nossa ferramenta de trabalho (E5).

No que se refere às dificuldades e/ou limitações no processo de formação em Enfermagem, as respostas apresentaram, de maneira recorrente, críticas quanto à escassez de recursos e infraestrutura na universidade pública.

As condições estruturais, ou falta de materiais para práticas de algumas disciplinas na universidade (E12).

[...] estrutura física deficiente, que acaba atrapalhando o processo de formação (E10).

Detalhadamente, as atividades práticas do processo formativo são vivenciadas em quantidade insuficientes, bem como a ausência de oportunidades para a realização dos procedimentos práticos de assistência à saúde adquiridos durante as aulas teóricas, motivos pelos quais os estudantes ficam,

diversas vezes, “presos” somente à parte teórica. Observa-se uma discrepância entre atitudes práticas e atividades teóricas na formação.

A questão dos estágios que são insuficientes para a aplicação dos nossos conhecimentos em práticas de assistência em saúde (E11).

Dinamismo e oportunidades de realizar os procedimentos nos momentos dos estágios [...] (E3).

Ficar “preso” apenas na questão teórica [...] (E15).

A partir das discussões em sala de aula sobre o cuidado de Enfermagem, um fato considerado relevante, por parte dos estudantes, é a desvalorização da categoria profissional e desarticulação para garantir direitos. Vejamos:

[...] falta de valorização da profissão (E1).

[...] uma classe desunida, que luta pelos direitos que não são seus e esquece-se de lutar por seu espaço (E7).

- Portfólio como instrumento reflexivo e significativo na formação em Enfermagem: reconstrução de saberes e desenvolvimento profissional

A elaboração do portfólio se mostrou uma técnica de ensino-aprendizagem bastante significativa por parte dos estudantes, pelo fato de proporcionar um reforço do conhecimento já adquirido, além da reconstrução de novos saberes.

A construção do portfólio foi muito significativa, já que reforçava o que a gente já sabia e construía novos conhecimentos (E4).

Aprender sobre a estrutura e significado do próprio portfólio (E14).

A aplicação de práticas e modos de ensino-aprendizagem, com ênfase nas metodologias ativas, proporcionou a realização de reflexões sobre a aprendizagem e seus significados na percepção dos estudantes, conforme demonstram as falas a seguir:

[...] utilizar metodologias ativas que era uma coisa na qual tínhamos dificuldade e não gostávamos (E12).

[...] principais pilares da aprendizagem significativa (E6).

[...] observar as inúmeras formas de abordar um tema, não somente aquele modelo tradicional [...] (E7).

[...] conteúdos bem complexos de maneiras bem interessante (E8)

[...] perceber que a aprendizagem pode se dar de muitas formas [...] (E9).

Além dos benefícios formativos apontados nas falas anteriores, a utilização de metodologias ativas na realização de trabalhos em equipe proporciona maior contato e aproximação com os demais colegas, o que facilita o cotidiano acadêmico. As relações interpessoais fazem parte do cotidiano profissional, dessa forma, o estímulo dessa habilidade durante a graduação facilitará um bom desenvolvimento de suas atividades futuras dentro do campo profissional.

[...] o quanto é importante o trabalho em equipe (E3).

As atividades em grupo foram de grande valia, na percepção de envolvimento com pessoas que não tínhamos tanto contato (E19).

Quando indagados sobre a construção do portfólio como um instrumento relevante para o seu aprendizado, notou-se que ele se apresenta como uma metodologia de ensino que favorece a fixação de saberes, incentivando a participação dos alunos a realizarem pesquisas sobre as temáticas abordadas, o que demonstra um auxílio para o desenvolvimento de reflexões críticas.

[...] é uma metodologia que vem nos ajudar a fixar os conhecimentos, tantos os prévios como os aplicados (E10).

[...] incentivava um envolvimento mais com os temas, a buscar, realmente aprender (E6).

[...] me fez pesquisas sobre os temas e fazer uma reflexão crítica a respeito de cada um. Além de me empenhar na produção do mesmo e na elaboração da aula de minha responsabilidade (E14).

Para a maioria dos entrevistados, o portfólio funciona como base de dados para futuras consultas, pois está repleto de saberes, e funcionará como um banco de dados para suprir possíveis dúvidas na prática profissional.

[...] em caso de futuras dúvidas, tenho onde consultar (E6).

[...] vai ser minha fonte de consulta, pois guardei muitas informações valiosas nele (E8).

Contudo, para alguns participantes, a construção do portfólio limita-se a uma técnica momentânea de aprendizado, sendo frágil para utilização futura. Nesse caso, foi referida a preferência pela utilização de métodos tradicionais, conforme demonstra a fala abaixo:

[...] não achei muito proveitoso. É um material que eu não usaria para consulta. Prefiro os métodos tradicionais (E1).

Na perspectiva relacional, as narrativas abaixo evidenciam questões referentes à manutenção do dinamismo proposto, bem como enfatizam o uso dessas metodologias ativas como estratégia para desencadear uma interação mais próxima entre estudantes e professor. Em destaque para o processo de acolhimento em sala de aula, discussões temáticas, leituras de artigos, de modo a identificar potencialidades e fragilidades no ensino de Enfermagem.

Manter as dinâmicas e a subjetividade nos conteúdos (E1).

Manter o dinamismo, acolhimento e interdisciplinarmente, como também o valor atribuído ao conhecimento trazido pelos alunos (E5).

É muito importante manter a metodologia, pois aproxima e iguala o professor ao aluno, ajudando na troca e agregação de conhecimento, enfatizando o ser humano como um ser pensante e afetivo (E11).

Deve manter a identificação das potencialidades e fragilidades e também a forma de ensino (E12).

Ademais, os participantes foram questionados em relação a possíveis melhorias e ampliações para o emprego dessas metodologias na disciplina em questão. Pode-se observar nas falas seguintes algumas sugestões apontadas, a saber: melhor interação dos docentes retratando experiências, bem como da turma; consistência no aporte teórico que deve ser trazido pelas equipes de estudantes e uma explanação mais detalhada sobre a produção do portfólio.

Ampliar o afeto durante as aulas, a união da turma, a subjetividade (E1).

Nas temáticas operativas os docentes poderiam participar consolidando o que foi retratada pelos alunos (E3).

Sugiro orientar as equipes a utilizar um aporte teórico maior e não apenas trazer dinâmica sem a turma saber/conhecer o conteúdo (E9).

Deveria melhorar, a participação do professor durante as atividades, colaborando com suas experiências vividas (E19).

Um ponto negativo exposto nas entrevistas indica que a construção do portfólio se mostra como algo que deve ser bem elaborado e planejado, o que para muitos pode tornar-se um trabalho difícil e exaustivo.

Abandonar o rigor com a produção do portfólio (E1).

Desse modo, para o aumento da criatividade e ampliação das possibilidades de registro, a rigidez que envolve o processo de confecção do portfólio está expressa como algo a ser flexibilizado.

DISCUSSÃO

A formação para o cuidado de Enfermagem deve possuir uma abordagem mais ampla, além do processo saúde-doença, de modo que possibilite um novo entendimento da complexidade do ser humano numa perspectiva biopsicossocial, proporcionando uma visão ampliada de saúde¹¹⁻¹².

Os achados desta investigação sobre os elementos que constituem o cuidado de Enfermagem são semelhantes a estudos de naturezas semelhantes¹³⁻¹⁴, os quais identificaram a humanização, holismo e a integralidade na assistência como sendo essenciais para o oferecimento de um cuidado de qualidade. Ressalta-se que é essencial destacar que o cuidado que acontece como sendo uma atividade mecânica perde parte de sua essência¹⁵, para tanto, é preciso que o ser humano seja tomado holisticamente, um ser único e integral.

Os resultados enfatizam a necessidade de permanente atualização sobre as inovações da prática, as quais têm como propósito trazer benefícios para com o cuidado ao paciente¹⁶. Essas inovações favorecem o aperfeiçoamento das técnicas de trabalho na assistência ao paciente, para um cuidado prestado com eficiência e resolubilidade.

Em relação às experiências consideradas significativas, as práticas grupais são concebidas como um conjunto de pessoas reunidas com a finalidade de criar sinergia, as quais

estão relacionadas com a comunicação, proporcionando a criação de vínculo entre os membros do grupo. Desse modo, temos melhores resultados do que aqueles obtidos por meio da mera junção de resultados individuais¹⁷⁻¹⁸.

A utilização das metodologias ativas pode proporcionar a autonomia do estudante, despertando a sua curiosidade e estimulando a tomada de decisões, mostrando as diversas maneiras de abordar temas que, muitas vezes, são considerados complicados com a aplicação tradicional de ensino¹⁹. As metodologias ativas potencializam o processo ensino-aprendizagem para que estudantes e professores fomentem a formação crítica para as diversas áreas.

A construção do portfólio se torna um instrumento-estratégico de estimulação do pensamento reflexivo, pelo fato de o mesmo proporcionar ao educando as ações de documentar, registrar e estruturar os processos de sua própria aprendizagem²⁰, sendo que a sua elaboração é estabelecida entre o docente e o discente na realização de um trabalho de colaboração e na resolução de problemas complexos e situacionais. Esse método de ensino visa a identificação e maximização do potencial de cada estudante na sistematização de seus interesses, estilos de aprendizagem e de expressão condizentes com sua subjetividade e significação²¹.

A pesquisa mostrou que, dentre as dificuldades para o ensino de Enfermagem, a infraestrutura física da instituição é apontada como sendo um fator que pode ser desfavorável, como a falta de bibliotecas com acervo atualizado e de laboratórios especializados para o ensino e a pesquisa, salas de aulas com equipamentos inadequados e sistema de ventilação precário²².

Ainda se observa que a articulação entre a teoria e a prática ainda não é evidenciada como deveria, sendo explorada de forma superficial ao longo do processo de formação do enfermeiro. Esse distanciamento entre teórico-prática pode ser percebido quando o profissional recém-formado se depara com situações que lhe parecem absolutamente novas, visto que não foram vivenciadas durante sua formação ou o foram de modo distinto da realidade profissional²³.

Outro fator abordado é a incapacidade do profissional de Enfermagem em valorizar sua profissão, o que ameaça a sua própria visibilidade²⁴. Nesse ínterim, torna-se necessário que a Enfermagem assuma um posicionamento mais proativo neste cenário.

Ressalta-se ainda que a ausência de um bom relacionamento, a comunicação deficiente em conjunto com o não desenvolvimento de trabalho em equipe e a falta de cooperação interferem de modo direto no seguimento natural das atividades, resultando em descontentamento e desconforto para quem cuida e quem é cuidado²⁵. Dessa forma, fica evidente a

necessidade de união e cooperação por parte dos profissionais, com a finalidade de se obter melhorias para a categoria.

A aplicação do portfólio como método de aprendizagem vem sendo utilizada há décadas, e mostra-se como uma ferramenta útil, sobretudo para a autonomia do estudante em um mundo globalizado e mais apto às tecnologias voltadas para resolução de atividades cotidianas, como o aprendizado²⁶. Embora as metodologias ativas tenham notoriedade entre os estudantes ao longo do tempo, alguns ainda preferem o ensino que é realizado de modo tradicional, no qual o professor é o único mediador do conhecimento e principal responsável por conduzir o processo educativo^{6,27}.

O portfólio é um instrumento capaz de estimular o pensamento crítico e reflexivo, visto que por meio dele o estudante poderá comprovar, organizar e manter um processo para sua aprendizagem atual e futura, reunindo, além dos conteúdos, suas dúvidas, anseios, questionamentos, opiniões, sentimentos, também suas vivências interpessoais²⁰.

As propostas realizadas por meio das metodologias ativas fazem com que o estudante seja o centro de todo o processo, dando-lhe responsabilidades e autonomia na sua jornada acadêmica e construção do conhecimento sem tirar a atuação do professor que é de fundamental importância no sentido de proporcionar experiências aos estudantes capazes de alcançar os objetivos estabelecidos²⁸.

Além disso, o ato de aprender é um processo de construção e reconstrução que permite estabelecer diferentes modos de relações entre fatos e objetos, fazendo com que uma cadeia de ressignificações seja descoberta, podendo ser utilizada nas mais diversas situações²⁸.

Partindo do pressuposto que o indivíduo é o ser que constrói sua própria história, sendo ele o protagonista dela, percebe-se a importância do ensinar de modo a considerar cada sujeito, exigindo o respeito, a autonomia e dignidade deste. Deve existir uma relação de companheirismo entre o docente e o discente, de modo que cada um dependa do outro no processo de ensino-aprendizagem e na troca de saberes²⁹.

Por fim, o docente, responsável por conduzir todo o processo necessita apreender e desenvolver novas habilidades e dinamismo, permitindo que o discente tenha vontade de participar ativamente do processo de ensino²⁹.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A escassez de estudos envolvendo a temática do uso de portfólios no Ensino de Enfermagem contribuiu negativamente para a ampliação da discussão e argumentação dos resultados encontrados, além do pequeno quantitativo de participantes do estudo, tendo em vista os outros semestres e disciplinas.

Contribuições para A Prática

Esse estudo contribui para reflexões referentes ao Ensino de Enfermagem e o processo ensino-aprendizagem envolvido, englobando novas tecnologias e modelos de avaliações formativas. Direciona estudantes e formadores a repensarem sempre o modelo pedagógico proposto de modo a adequá-lo à necessidade e realidade dos envolvidos.

CONCLUSÃO

As percepções de estudantes de Enfermagem sobre a utilização do portfólio são conformadas em um contexto no qual as potencialidades e fragilidades se apresentam concomitantemente. Nesse processo formativo, elucidou-se uma relação profícua entre a produção do portfólio e o estímulo da criticidade com vistas ao cuidado de Enfermagem. Genericamente, os acadêmicos reconhecem o portfólio como instrumento reflexivo e significativo para a reconstrução de saberes e desenvolvimento profissional.

Assim, foi possível constatar que os trabalhos realizados

em equipe na elaboração do portfólio tiveram impacto positivo entre os estudantes, proporcionando maior vínculo entre estes e a ampliação de seus conhecimentos. Enfatizam-se ainda, nas percepções dos entrevistados, limitações relacionadas à falta de estrutura da instituição de ensino e à insuficiente articulação entre teoria e prática, o que pode implicar diretamente no processo formativo.

Destarte, o uso do portfólio como uma metodologia ativa e método de avaliação educacional está relacionado à participação ativa e ao interesse dos estudantes e professores. Pode-se inferir que a sua aplicabilidade no processo ensino-aprendizagem traz implicações para a prática de Enfermagem. No contexto investigado, o portfólio mostrou-se uma estratégia eficiente para a ampliação do conhecimento teórico, auxiliando no desenvolvimento das habilidades e competências essenciais para a formação em Enfermagem.

Contribuições dos Autores: Todos os autores contribuíram em todas as etapas do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. Contemporary formal nursing education process: challenges and perspectives. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2017 May 21]; 19(1):176-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a21.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100021>.
2. Ortega MCB, Cecagno D, Lior AMS, Siqueira HCH, Montesinos MJL, Soler LM. Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 May/June [cited 2017 May 21]; 23(3):404-10. Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>.
3. Ximenes Neto FRG. Educação em Enfermagem no Brasil: avanços e riscos. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 July 13]; 10(6):4-5. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3368/643> <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.3368>.
4. Castro M, Pereira WR. Integral care: conceptions and practices of Nursing professors. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 May/June [cited 2017 May 21]; 64(3):486-93 Available from: www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a12.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300012>.
5. Sousa ATO, Formiga NS, Oliveira SHS, Costa MML, Soares MJGO. Using the theory of meaningful learning in nursing education. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 July/Aug [cited 2017 May 21]; 68(4):713-22. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en_0034-7167-reben-68-04-0713.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680420i>.
6. Prado ML, Velho MB, Espindola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Charles Maguerez Arc: reflecting methodology strategies on active training for health professionals. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 Mar [cited 2017 May 02]; 16(1):172-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023>
7. Rigo MPM, Ghisleni MM, Ely LS, Freitas EM, Sehnem E, Adami FS. Portfólio como instrumento de aprendizagem e avaliação. *Revista Eletrônica Debates em Educação Científica e Tecnológica* [Internet]. 2016 June [cited 2017 May 24]; 6(2):46-57. Available from: <http://ojs.ifes.edu.br/index.php/dect/article/view/289/382>.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2013 jun 13; Seção 1:59. [Internet]. 2012 [cited 2017 May 24]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2016 may 24; Ed. 98, Seção 1:44. [Internet]. 2012 [cited 2020 July 13]. Available from: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581.
11. Rangel RF, Costenaro RGS, Ilha S, Zamberlan C, Siqueira HCH, Backes DS. Formação para o cuidado integral: percepção de docentes e discentes de Enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2017 Apr 11; [cited 2019 Sep 6]; 9(2):488-494. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/>

article/view/5450.

12. Brito MCC, Araújo RMBV, Dias MSA, Silva LCC, Rodrigues PV, Moita MP. Análise da ocorrência de estresse entre estudantes de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 July 13];10(6):70-78. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2391/653>. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2391>.
13. Medeiros SP, Oliveira ACC, Piexak DR, Silva LL, Oliveira AMN, Fornari NC. Percepción de universitarios sobre la recepción de toque terapéutico. *Revista De Pesquisa: Cuidado é Fundamental* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 9]; 11(2):464-9. Available from: <http://ciberindex.com/c/ps/P112028>. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.464-469>.
14. Oliveira JLC, Papa MAF, Wisniewski D, Inoue KC, Costa MAR, Matsuda LM et al. Quality of care: concepts from nursing students. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2015 Jan/Mar [cited 2017 May 04]; 19(1):29-35. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/983>. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150003>.
15. Carvalho DO, Santos NNRC, Silva ARV, Carvalho GCN. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. *Revista interdisciplinar* [Internet]. 2015 jun/set [citado em 2019 Set. 7]; 8(3):61-74. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/680/pdf_237.
16. Lowen IMV, Peres AM, Ros C, Poli Neto P, Faoro NT. Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(5):898-903. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0131>.
17. Silva KL, Barcelos BJ, França BD, Araújo FL, Magalhães Neta IT, Ledo MM. Between experiments and experiences: challenges for teaching competencies for health promotion in Nursing Education. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 12]; 22(67):1209-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/1807-5762-icse-1807-576220170467.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0467>
18. Baia RSM, Vasconcelos EV, Silva SED, Freitas KO, Gonçalves LHT. Moodle no processo educacional de enfermagem: avaliação na perspectiva do alunado. *Enferm em Foco* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 26]; 8(2):31-35. DOI <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n2>. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/issue/view/25>.
19. Mourthé Junior CA, Lima VV, Padilha RO. Integrating emotions and rationalities for the development of competence in active learning methodologies. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 12]; 22(65):577-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160846.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0846>
20. Cotta RMM, Costa GD. Assessment instruments and self-evaluation of reflective portfolios: a theoretical-conceptual construction. *Interface, comunicação, saúde e educação (Botucatu)* [Internet]. 2016 Mar [cited 2019 Sep 07]; 20(56):171-183. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100171&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1303>.
21. Schmitt CS, Domingues MJCS. Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo. *Avaliação (Campinas)* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 12]; 21(2):361-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/aval/v21n2/1982-5765-aval-21-02-00361.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772016000200004>.
22. Davok DF, Bernard RP. Evaluation of attrition rates in undergraduate programs at THE State University of Santa Catarina - UDESC. *Avaliação, Campinas*. [Internet]. 2016 July [cited 2017 Apr 29]; 1(2):503-21. Available from: www.scielo.br/pdf/aval/v21n2/1982-5765-aval-21-02-00503.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772016000200010>.
23. Trevisan DD, Minzon DT, Testi CV, Ramos NA, Carmona EV, Silva EM. Education of nurses: detachment between undergraduation courses and professional practices. *Cienc Cuid Saude*. 2015 Apr/June [cited 2017 Apr 29]; 12(2):331-37. Available from: www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19643/pdf. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i2.19643>.
24. Lage CEB, Alves MS. (Des)valorização da Enfermagem: implicações no cotidiano do Enfermeiro. *Enfermagem em foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Set. 7]; 7(3/4):12-16. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/908>.
25. Wisniewski D, Silva ES, Évora YDM, Matsuda LM. The professional satisfaction of the nursing team vs. Work conditions and relations: a relational study. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2015 Sep [cited 2019 Sep 07]; 24(3):850-858. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300850&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720150000110014>.
26. Rempel C, Grave MTO, Fassina P, Johann L, Bitello AR. Experiences of Professors Taking Part of the Project Qualifica/Univates/ Lajeado/RS with Active Learning Methods. *Revista Tempos e Espaços em Educação*. [Internet] 2016 May/Aug [cited 2017 May 02]; 9(19):39-50. Available from: <https://seer.ufs.br/index.php/revtee/article/view/5594/0>. <http://dx.doi.org/10.20952/revtee.v9i19.5594>.
27. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD, Gonzalez C, Druzian S, Ilias M. Strengths and weaknesses in the use of active learning methods. *Rev. bras. educ. med.* [Internet] 2010 Jan/Mar [cited 2017 May 02]; 34(1):13-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a03v34n1>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100003>.
28. Gomes MPC, Ribeiro VMB, Monteiro DM, Leher EMT, Louzada RCR. The use of active learning methodologies in graduate courses in health and social sciences - students's evaluation. *Ciênc. educ.* [Internet] 2010 [cited 2017 May 02]; 16(1):181-198. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v16n1/v16n1a11>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-73132010000100011>.
29. Farias PAM, Martin ALAR, Cristo CS. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. *Revista brasileira de educação médica* [Internet]. 2015 jan/mar [cited 2019 Set. 7]; 39(1):143-158. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000100143&script=sci_arttext&lng=es.

RESILIÊNCIA NO TRABALHO E FATORES ASSOCIADOS EM TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA*

Franciele Ormizinda Almeida¹

Emanuelli Mancio Ferreira da Luz¹

Patrícia Bitencourt Toscani Greco²

Juliana Dal Ongaro¹

Bruna Xavier Moraes¹

Luíza Dressler Sabin¹

Otávio Ferreira Moraes¹

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago¹

<http://orcid.org/0000-0001-6771-3863>

<http://orcid.org/0000-0002-7799-5232>

<http://orcid.org/0000-0001-6999-5470>

<http://orcid.org/0000-0003-0058-0132>

<http://orcid.org/0000-0002-0446-9231>

<http://orcid.org/0000-0001-5665-9179>

<http://orcid.org/0000-0002-8296-860X>

<http://orcid.org/0000-0002-5308-1604>

Objetivo: Analisar a resiliência no trabalho e os fatores associados em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **Método:** Estudo transversal, desenvolvido com 149 trabalhadores terceirizados de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados por meio de um questionário de caracterização sociodemográfica, laboral, de saúde e a *Resilience at Work Scale* - Brasil 25. Realizou-se análise descritiva e inferencial. Considerou-se associação significativa quando $p < 0,05$. **Resultados:** Os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza possuem média resiliência no trabalho ($78,9 \pm 11,5$). Dos fatores avaliados, a realização de treinamento sobre riscos ergonômicos, mostrou-se associada com o maior nível de resiliência no trabalho ($p = 0,028$). **Conclusões:** Os trabalhadores capacitados executam as suas funções com conhecimento e segurança, repercutindo em melhorias no processo de adaptação às situações adversas no trabalho. O desenvolvimento de estratégias, individuais, coletivas e de gestão, para a promoção da resiliência e saúde no intuito de favorecer ambientes saudáveis no trabalho, são importantes. **Descritores:** Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Resiliência; Serviço Hospitalar de Limpeza.

RESILIENCE AT WORK AND ASSOCIATED FACTORS IN HOSPITAL CLEANING SERVICE WORKERS

Objective: To analyze resilience at work and associated factors among workers in the Hospital Cleaning Service of a University Hospital in southern Brazil. **Method:** Cross-sectional study, developed with 149 outsourced workers from a University Hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. The data were collected through a questionnaire of sociodemographic, occupational, health and Resilience at Work Scale - Brasil25. Descriptive and inferential analysis was carried out. A significant association was considered when $p < 0,05$. **Results:** Hospital Cleaning Service workers have a medium resilience at work ($78,9 \pm 11,5$). Of the factors evaluated, training on ergonomic risks was shown to be associated with a higher level of resilience at work ($p = 0,028$). **Conclusion:** Trained workers perform their duties with knowledge and safety, resulting in improvements in the process of adapting to adverse situations at work. The development of strategies, individual, collective and management, to promote resilience and health in order to favor healthy environments at work, are important. **Descriptors:** Nursing; Worker's Health; Resilience; Hospital Cleaning Service.

RESILIENCIA EN EL TRABAJO Y FACTORES ASOCIADOS EN TRABAJADORES DEL SERVICIO DE LIMPIEZA HOSPITALARIA

Objetivo: Analizar la resiliencia en el trabajo y los factores asociados entre los trabajadores del Servicio de Limpieza de Hospitales de un Hospital Universitario en el sur de Brasil. **Método:** Estudio transversal, desarrollado con 149 trabajadores subcontratados de un Hospital Universitario en Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos se recolectaron a través de un cuestionario de escala sociodemográfica, ocupacional, de salud y de **Resilience at Work Scale** - Brasil 25. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial. Se consideró una asociación significativa cuando $p < 0,05$. **Resultados:** Los trabajadores del Servicio de Limpieza de Hospitales tienen una resistencia media en el trabajo ($78,9 \pm 11,5$). De los factores evaluados, la capacitación sobre riesgos ergonómicos se asoció con un mayor nivel de resiliencia en el trabajo ($p = 0,028$). **Conclusión:** Los trabajadores capacitados realizan sus tareas con conocimiento y seguridad, lo que resulta en mejoras en el proceso de adaptación a situaciones adversas en el trabajo. Es importante el desarrollo de estrategias, individuales, colectivas y de gestión, para promover la resiliencia y la salud a fin de favorecer entornos saludables en el trabajo. **Descritores:** Enfermería; Salud del Trabajador; Resistencia; Servicio de Limpieza Hospitalaria.

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Santa Maria, em 2019. Santa Maria-Rio Grande do Sul, Brasil.

¹Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-Rio Grande do Sul, Brasil.

²Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Santiago-Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

A resiliência é discutida, mundialmente, de forma interdisciplinar, sob a ótica de diversas propostas teóricas e metodológicas¹⁻⁵. Neste artigo, será utilizado o conceito vinculado a resiliência no trabalho. Esta pode ser definida como a “capacidade individual de gerenciar o estresse cotidiano do trabalho e permanecer saudável; aprender com inesperado, com contratempos e preparar-se proativamente para desafios futuros”⁶.

Nessa perspectiva, em situações altamente estressantes, cada vez mais comuns no ambiente laboral, é de grande valor comportamentos conscientemente escolhidos, tendo o efeito de ativar a “recompensa prazer” no sistema neural, que regula negativamente o mecanismo de resposta ao estresse⁵. Assim, o significado da recuperação e de resistir ao estresse, tem sido descrito como a resiliência aumentada do local de trabalho, e esta não pode ser subestimada⁵.

Dessa forma, destaca-se que a capacidade de lidar com as adversidades no contexto laboral não é estática, ou seja, pode ser desenvolvida. Para isso, tornam-se indispensáveis três aspectos: condições do ambiente de trabalho, envolvimento da gestão e desempenho comportamental e emocional do trabalhador⁷.

Estudo de revisão sistemática, sobre intervenções para resiliência pessoal no trabalho, apontou que as ações realizadas impactaram em menor estresse, menores índices depressão, aumento da produtividade e do desempenho comportamental. Nele, chegou-se a conclusão de que promover a resiliência pessoal no trabalho traz benefícios amplos que incluem bem estar biopsicossocial, saúde mental, física e performance melhorada⁸.

No ambiente hospitalar, atuam trabalhadores da saúde e dos serviços de apoio (serviço de limpeza, manutenção, cozinha, almoxarifado, secretaria, administração e vigilância). Ambos possuem, como característica comum, a convivência e a interação, direta ou indireta, com a dor e o sofrimento de pacientes, trabalhadores e familiares⁹, podendo trazer consequências negativas à saúde e ao bem estar destes trabalhadores.

No entanto, embora atuem no mesmo ambiente, a realidade dos serviços de apoio difere da rotina de trabalho dos profissionais da área da saúde. Isto deve-se ao fato destes possuírem, durante a formação acadêmica, disciplinas específicas com vistas à compreender e conviver com a realidade que o contexto hospitalar demanda¹⁰. Em contraponto, os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL), na maioria das vezes, não possuem preparo técnico destinado ao enfrentamento de demandas psíquicas, como a convivência com a dor e o sofrimento do outro⁹. Além disso, não recebem atenção especializada para lidar com as adversidades e os sentimentos

decorrentes de sua atuação laboral.

A abordagem do SHL se dá devido a relevante função no contexto da prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)¹¹, visto que são responsáveis pela manutenção de um ambiente limpo e seguro para os usuários e trabalhadores¹². Entretanto, estes trabalhadores vivenciam a falta de reconhecimento e a desvalorização, por parte dos profissionais de saúde e estudantes¹³, somado às precárias condições de trabalho, baixos salários e treinamento¹². Esses fatores podem ocasionar sofrimento no trabalho¹³ e necessidade de adaptação à situações laborais adversas, o que repercute na pouca visibilidade, desse grupo de trabalhadores, tanto nos ambientes laborais quanto nas investigações científicas.

A interface do SHL com a Enfermagem ocorre em virtude de, além das funções assistenciais, educativas e gerenciais inerentes ao enfermeiro, este atuar também, no gerenciamento do SHL. Além disso, o enfermeiro compõe a equipe dos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalhador, com atuação na prevenção dos agravos à saúde dos profissionais, ampliando o seu papel de promotor da saúde e direcionando a sua atenção ao trabalhador e às condições de saúde advindas do processo de trabalho.

Dessa forma, este estudo foi norteado pela questão de pesquisa: Qual o nível de resiliência no trabalho e os fatores associados em trabalhadores do SHL? Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a resiliência no trabalho e os fatores associados em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um Hospital Universitário do Sul do Brasil.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo transversal, de abordagem quantitativa.

Local do estudo

O estudo foi realizado em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, Brasil. Nessa instituição, os trabalhadores do SHL são contratados por uma empresa de prestação de serviços terceirizados.

Participantes da pesquisa

A população elegível foi composta por 152 trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza. Destes, 149 responderam o questionário (98%). As perdas (2%) resultaram de recusas à participação.

Como critérios de seleção, foram incluídos os trabalhadores do SHL atuantes no hospital pesquisado, no período estipulado para a coleta de dados, com tempo de atuação mínimo de 30 dias. Esta delimitação de tempo se baseou no pressuposto de que este seria o tempo mínimo para que o trabalhador do SHL estivesse adaptado à empresa e ao setor de trabalho. Foram excluídos os trabalhadores em licença de saúde ou afasta-

mento por qualquer motivo durante a pesquisa.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019, no local e turno de trabalho (diurno e noturno) dos pesquisados. O trabalhador foi convidado a participar da pesquisa, individualmente e em local privativo e, após a concordância, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

Para controle de qualidade da coleta, esta foi realizada por estudantes de Pós-Graduação, previamente capacitados. Optou-se pela leitura das perguntas aos trabalhadores, com a entrega de uma via do instrumento para que estes pudessem acompanhar a leitura e visualizar as opções de respostas. Após a emissão da resposta pelo pesquisado, o coletador a registra no questionário, com a concordância do trabalhador.

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário composto por dados sociodemográficos (data de nascimento; sexo; situação conjugal; escolaridade e número de filhos), laborais (turno; tempo de trabalho na função; setor de trabalho; carga horária; tempo para o lazer; satisfação com o número de pessoas na escala; outro emprego; realização de treinamento), de saúde (tabagismo; consumo de bebida alcoólica; uso de medicação; diagnóstico médico de doença; horas de sono por dia; prática de atividade física) e pela *Resilience at Work Scale - Brasil 25 (RAW Scale - Brasil 25)*⁷.

A *RAW Scale - Brasil 25*⁷ possui 25 itens, subdivididos em sete domínios, sendo estes: vivendo autenticamente, encontrando sua vocação, mantendo o equilíbrio, administrando o estresse, interagindo cooperativamente, mantendo-se saudável e construindo redes. É composta por uma escala *likert* de sete pontos, variando de "0" (Discordo totalmente) a "6" (Concordo totalmente)⁷.

Procedimento de análise dos dados

Para a inserção dos dados utilizou-se o programa Epi-info®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências na digitação, os dados foram analisados no programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc, Chicago*) versão 18.0 for Windows.

Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e analítica. As variáveis categóricas foram descritas por meio das frequências absoluta (N) e relativa (%). As variáveis contínuas por meio das medidas de posição (média e desvio padrão) e dispersão (mediana e intervalo interquartil), conforme a distribuição da normalidade dos dados conforme o teste *Kolmogorov-Smirnov*.

A análise da *RAW Scale - Brasil 25*⁷ seguiu o modelo da versão original⁵, a qual por direitos autorais não pode ser descrita no presente artigo. Destaca-se que a mesma pode ser solicitada, acessando no *Web site*: workingwithresilience.com.

ou, e/ou pelo endereço eletrônico contact@workingwithresilience.com.au. Os itens "9" e "11" são considerados reversos, em que o "Concordo totalmente" foi considerado de valor "0" e "Discordo totalmente" de valor "6".

Durante as análises bivariadas, para identificação de possíveis associações entre a resiliência no trabalho (desfecho) e as variáveis independentes (exposições), utilizou-se o teste do qui-quadrado de *Person* e qui-quadrado com correção quando indicado. Em todas as análises, adotaram-se níveis de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pesquisada, sob Parecer nº 2.821.335. Foram respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12, garantindo a voluntariedade da participação, o anonimato dos participantes e o sigilo dos dados obtidos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 149 trabalhadores do SHL. Destes, predominaram mulheres (89,9%; N=134), casadas e/ou com companheiros (55%; N=82), com ensino médio completo (36,2%; N=54), na faixa etária de 49 a 62 anos (35,1%, N=52), com média de idade de 44,7 anos ($\pm 8,05$) e que possuem, em média, 2,4 ($\pm 1,4$) filhos. Maior percentual trabalhava no turno diurno (76,5%, N=114), com pelo menos um ano na função (59,7%, N=89), com carga horária de 6 horas diárias (45%, N=67) e com apenas um vínculo empregatício (73,2%, N=109). Ainda, relataram que o número de pessoas na escala era insuficiente (53,7%, N=79) e que receberam treinamentos sobre riscos ergonômicos (posturas corporais adequadas para a realização das atividades e para a utilização dos equipamentos de trabalho) (82%, N=55).

Predominaram os trabalhadores que possuem tempo para lazer (40,9%, N=61), não realizam atividade física (64,4%, n=96), que dormem de 3 a 6 horas e 59 minutos por dia (50,7%, N=74). Afirmaram não fazer uso de tabaco (62,4%, N=93) e bebida alcoólica (69,1%, N=103). Dos pesquisados, 40,3% (N=60) referiram ter alguma patologia, maior percentual utilizava algum tipo de medicação (47%, N=79) e por conta própria (88,9%, N=64). Os medicamentos mais relatados foram: anti-hipertensivos, analgésicos e anti-inflamatórios.

Os trabalhadores do SHL apresentaram médio nível de resiliência no trabalho (39,7%, N=56), com pontuação média de 78,9 ($\pm 11,5$), mínimo 36 e máximo 100 pontos. Alto nível correspondeu a 33,3% (N=47) e baixo nível a 27% (N=38) dos trabalhadores. Quanto aos domínios da *RAW Scale - Brasil 25*⁷, teve-se maior pontuação no domínio "Vivendo autenticamente" (86,8, $\pm 12,0$) e menor pontuação "Mantendo o equilíbrio" (61,4 $\pm 20,8$).

Na Tabela 1, estão apresentadas as associações das variáveis sociodemográficas e a resiliência no trabalho.

Tabela 1 - Associação das variáveis sociodemográficas e a resiliência no trabalho. Rio Grande do Sul, Brasil (N=149).

Variáveis Sociodemográficas	N	%	Resiliência no trabalho						p
			Baixo		Médio		Alto		
			N	%	N	%	N	%	
Sexo									0,445*
Feminino	134	89,9	36,0	28,3	49,0	38,6	42,0	33,1	
Masculino	15	10,1	2,0	14,3	7,0	50,0	5,0	35,7	
Faixa Etária (anos)									0,615**
23 a 39	46	31,1	14,0	34,1	16,0	39,0	11,0	26,8	
40 a 48	50	33,8	14,0	28,0	19,0	38,0	17,0	34,0	
49 a 62	52	35,1	10,0	20,0	21,0	42,0	19,0	38,0	
Situação conjugal									
Casado	82	55,0	20,0	25,6	34,0	43,6	24,0	30,8	0,573**
Solteiro	40	26,8	18,0	28,6	22,0	34,9	23,0	36,5	
Escolaridade									0,336**
Ensino Fundamental Completo/Incompleto	48	32,2	20,0	33,3	21,0	35,0	19,0	31,7	
Ensino médio Completo/Incompleto	16	10,7	18,0	22,5	35,0	43,8	27,0	33,8	
Número de filhos auto-Relatados									0,303*
Nenhum	7	4,7	0	0,0	2,0	33,3	4,0	66,7	
De 1 a 2 filhos	80	53,7	19,0	25,0	35,0	46,1	22,0	28,9	

*Teste Qui-quadrado com correção (1 cel ou mais com menos de 5). **Teste Qui-quadrado de Pearson (0 celulas com menos de 5).

Conforme a Tabela 1, não foi identificada associação estatística significativa entre as características sociodemográficas dos trabalhadores do SHL e a resiliência no trabalho ($p > 0,05$).

A Tabela 2 apresenta a associação das variáveis laborais e a resiliência no trabalho.

Tabela 2 - Associação das variáveis laborais e a resiliência no trabalho. Rio Grande do Sul, Brasil (N=149).

Variáveis Laborais	N	%	Resiliência no trabalho						p
			Baixo		Médio		Alto		
			N	%	N	%	N	%	
Turno de trabalho									0,350**
Diurno	114	76,5	32,0	29,9	40,0	37,4	35,0	32,7	
Noturno	35	23,5	6,0	17,6	16,0	47,1	12,0	35,3	
Tempo de trabalho na função (n=140)									0,869*
Até 1 ano	89	59,7	24,0	28,9	29,0	34,9	30,0	36,1	
1 a 2 anos	14	9,4	4,0	28,6	7,0	50,0	3,0	21,4	
2 a 5 anos	27	18,1	4,0	16,0	12,0	48,0	9,0	36,0	
Mais de 5 anos	19	12,8	6,0	31,6	8,0	42,1	5,0	26,3	
Carga horária diária (horas)									0,818**
6	67	45,0	19,0	31,1	22,0	36,1	20,0	32,8	
8	35	23,5	9,0	26,5	13,0	38,2	12,0	35,3	
12**	47	31,5	10,0	21,7	21,0	45,7	15,0	32,6	
Tempo de lazer (n=141)									0,560**
Não	51	34,2	17,0	34,7	17,0	34,7	15,0	30,6	
Sim	61	40,9	13,0	23,2	22,0	39,3	21,0	37,5	
Às vezes	37	24,8	8,0	22,2	17,0	47,2	11,0	30,6	
Número de pessoas na escala de trabalho (n=147)									
Suficiente	79	53,7	16,0	21,3	33,0	44,0	26,0	34,7	0,279**
Insuficiente	68	46,3	21,0	32,8	22,0	34,4	21,0	32,8	
Outro vínculo empregatício (formal ou informal)									
Sim	40	26,8	11,0	28,2	15,0	38,5	13,0	33,3	0,974**
Não	109	73,2	27,0	26,5	41,0	40,2	34,0	33,3	
Realização de treinamentos									
Sim	82	55,0	17,0	39,0	39,0	49,4	23,0	29,1	0,028**
Não	67	45,0	21,0	33,9	17,0	27,4	24,0	38,7	

*Teste Quiquadrado com correção (1 cel ou mais com menos de 5). **Teste Quiquadrado de Pearson (0 celulas com menos de 5).

De acordo com a Tabela 2, os trabalhadores do SHL, que realizaram treinamentos sobre riscos ergonômicos, apresen-

taram associação estatisticamente significativa para médio nível de resiliência no trabalho (p=0,028).

Na Tabela 3, estão apresentadas as associações das variáveis de saúde e a resiliência no trabalho.

Tabela 3 - Associação das variáveis de saúde e a resiliência no trabalho. Rio Grande do Sul, Brasil (N=149).

Variáveis de saúde	N	%	Resiliência no trabalho						p
			Baixo		Médio		Alto		
			N	%	N	%	N	%	
Tabagismo									0,239**
Não, nunca fumei	93	62,4	19,0	21,8	37,0	42,5	31,0	35,6	
Sim, fumo	31	20,8	8,0	26,7	12,0	40,0	10,0	33,3	
Fumei, mas parei	25	16,8	11,0	45,8	7,0	29,2	6,0	25,0	
Bebida alcóolica									0,680**
Não	103	69,1	25,0	25,3	39,0	39,4	35,0	35,4	
Às vezes	46	30,9	13,0	31,0	17,0	40,5	12,0	28,6	
Uso de medicamento									0,787**
Não	79	53,0	19,0	25,0	32,0	42,1	25,0	32,9	
Sim	70	47,0	19,0	29,2	24,0	36,9	22,0	33,8	
Diagnóstico médico de doença									0,517*
Sim	60	40,3	16,0	27,6	20,0	34,5	22,0	37,9	
Não	89	59,7	22,0	26,5	36,0	43,4	25,0	30,1	
Horas de sono diárias (n=146)									0,531*
3 a 6 horas e 59 minutos	74	50,7	1,0	50	0	0,0	1,0	50,0	
7 a 9 horas e 59 minutos	65	43,7	5,0	20,8	13,0	54,2	6,0	25,0	
10 a 12 horas	7	4,7	2,0	50,0	1,0	25,0	1,0	25,0	
Atividade física									0,811*
Não	96	64,4	27,0	28,7	37,0	39,4	30,0	31,9	
Sim	42	28,2	7,0	18,9	16,0	43,2	14,0	37,8	
Às vezes	11	7,4	4,0	40,0	3,0	30,0	3,0	30,0	

* Teste Quiquadrado com correção (1 cel ou mais com menos de 5). ** Teste Quiquadrado de Pearson (0 celulas com menos de 5).

De acordo com a Tabela 3, as variáveis de saúde não apresentaram associação estatística significativa com os níveis de resiliência no trabalho ($p > 0,005$).

DISCUSSÃO

Os trabalhadores do SHL obtiveram média resiliência no trabalho. Essa evidência sinaliza que os trabalhadores apresentam algum grau de dificuldade para identificar e gerenciar seus sentimentos e emoções, diante de desafios ou relações adversas com colegas e familiares¹⁴. Nesse sentido, a promoção de estratégias gerenciais, a fim de estimular e fortalecer o trabalho em equipe, reduzir os sofrimentos no ambiente laboral, favorecendo um ambiente de trabalho saudável e positivo, é fundamental¹⁵.

Ao encontro disso, estudo realizado com docentes e profissionais hospitalares da saúde no Sul do Brasil, identificou a pontuação média de 74,9⁷. Estudo com enfermeiros gerentes, de seis hospitais dos Estados Unidos da América, que também utilizou a *RAW Scale* de 25 itens, evidenciou, em uma escala de sete pontos, uma média geral de 4,2 pontos para a resiliência no trabalho¹⁶.

No que tange aos domínios “Vivendo autenticamente” e “Mantendo o equilíbrio”, eles apresentaram, respectivamente, maior e menor pontuação entre os trabalhadores investigados, corroborando outros estudos^{7,16}. No contexto de trabalho do SHL, isso é muito importante, pois ao possuírem alta resiliência no que tange ao viver autenticamente, significa que eles conhecem a si mesmos, mantêm seus valores pessoais e apresentam um controle emocional durante as adversidades^{6,16}. Isso pode ser utilizado a seu favor, na redução das cargas laborais cotidianas.

Manter o equilíbrio refere-se à capacidade de gerenciar a negatividade e concentrar-se na solução dos problemas diante situações difíceis⁶. Sendo assim, a baixa pontuação evidenciada neste domínio sinaliza que na presença de situações conflituantes e negativas no trabalho, os trabalhadores podem não estar se sentindo capacitados para a resolução ou o gerenciamento destas^{6,16}.

Desse modo, possuir baixa resiliência na manutenção do equilíbrio frente às adversidades (exposições aos riscos ocupacionais, déficit de recursos humanos, materiais e conflitos interpessoais), pode estar relacionado a aceitação de que elas são inerentes e fazem parte da vida de qualquer pessoa ou do cotidiano laboral. Nessa condição, talvez, falte força ao trabalhador para tirar o melhor disso e reagir proativamente, frente às adversidades e reagir as exigências psicológicas, como impotência, tristeza, ansiedade e depressão¹⁷.

Ademais, outro aspecto que pode interferir na baixa manutenção do equilíbrio, por parte dos trabalhadores do SHL, diz respeito a precarização das relações e das condições laborais^{12,18}. Esta precarização está atrelada à terceirização do SHL, a qual surgiu como uma forma de organização do trabalho, ocasionando a diminuição de responsabilidades traba-

listas¹⁸, flexibilização do trabalho com extensa carga horária e baixos salários¹². Nessa nova configuração, há a contratação de serviços por meio de empresa intermediária, neste caso, o Hospital Universitário e a mão de obra, os trabalhadores do SHL.

Há impactos da precarização, das condições laborais, na saúde física e psíquica dos trabalhadores. Estes incluem o desgaste provocado pela sobrecarga de trabalho e o sofrimento causado pelas condições de vulnerabilidade econômica, bem como pela perda de identidade e prazer no trabalho¹⁸.

Diante disso, identificar as repercussões adversas e as fragilidades no trabalho possibilitam propor estratégias para o enfrentamento pelos trabalhadores. Entre estas, o treinamento sobre os riscos ergonômicos, mostrou-se associado a um melhor nível de resiliência ($p < 0,05$).

A realização de treinamento é considerada como uma estratégia efetiva, que pode ser realizada mediante o desenvolvimento de instruções verbais e visuais sobre o processo de trabalho e o uso de equipamentos com posturas corporais corretas, com vistas à minimizar a exposição aos riscos ergonômicos no SHL¹⁹. Essa estratégia possibilita que os trabalhadores estejam preparados para as demandas advindas da atividade laboral e para a execução de suas funções com maior conhecimento e segurança, o que poderá repercutir em melhorias no processo de adaptação à situações adversas no trabalho. Na adversidade pode sugerir o melhor de cada um, quer seja trabalhador ou gestor.

Estudo identificou que os funcionários públicos possuem alto nível de estresse no que tange à deficiência de capacitação profissional²⁰. Nesse sentido, o preparo adequado dos trabalhadores do SHL, para lidar com as emoções diante o processo de adoecimento que presenciam, mesmo que indiretamente (pacientes), há muito ainda o que se avançar. Há evidências de que esse despreparo pode ocasionar sofrimento mental e, por consequência, adoecimento do trabalhador¹⁰. O adoecimento do trabalho pode atrelar-se a necessidade de todos os atores do ambiente laboral, se darem conta da importância da promoção de ambientes saudáveis, promover e fortalecer a resiliência, a fim de superar as adversidades²¹.

Diante disto, torna-se importante manter um ambiente que propicie a resiliência, por meio de relações positivas no trabalho, como trabalho em equipe, gestão participativa e condições adequadas de trabalho²². Também recomenda-se o incentivo institucional com programas à saúde do trabalhador e capacitações que articulem instituições de ensino e serviço²². Esses são fatores benéficos para possibilitar a promoção da resiliência nos trabalhadores do SHL, bem como manter ambientes laborais mais saudáveis.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora os objetivos tenham sido alcançados, a comparação dos achados ficou prejudicada devido a lacuna de produções científicas sobre resiliência em trabalhadores de limpeza, especialmente da área hospitalar.

Contribuições para a prática

Os dados evidenciados possibilitarão o planejamento e execução de estratégias de promoção da resiliência e, conseqüentemente, da saúde dos trabalhadores do SHL, mas também contribui para se pensar em estratégias para os trabalhadores em geral. Possibilita ainda, que sejam pensados novos estudos para aprofundar e melhor conhecer esses achados, em especial os estudos com delineamentos mistos.

CONCLUSÃO

Os trabalhadores do SHL possuem média resiliência no trabalho e ela está associada à realização de treinamento sobre riscos ergonômicos. As evidências do estudo apontam que fortalecer esta população, por meio de capacitações/treinamentos, proporciona que os trabalhadores executem as suas funções com conhecimento e segurança, o que repercutirá no melhor enfrentamento das adversidades cotidianas do trabalho. Torna-se importante o desenvolvimento de estratégias, em nível pessoal e de gestão, para a promoção da resiliência e saúde. Não resta dúvidas que favorecerá a manutenção de ambientes laborais saudáveis.

A resiliência no trabalho envolve a subjetividade e sofre influência do tempo, do espaço e das características individuais dos envolvidos. Assim, torna-se necessário considerar os

resultados em sua singularidade, uma vez que retrata a realidade particular dos trabalhadores de limpeza no contexto de um hospital universitário.

Contribuições dos Autores: Franciele Ormizinda Almeida participou na concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Emanuelli Mancio Ferreira da Luz participou na concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Patricia Bitencourt Toscani Greco participou na concepção e/ou desenho do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada;

Juliana Dal Ongaro participou na concepção e/ou desenho do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Bruna Xavier Morais participou na redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Luiza Dressler Sabin participou na concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; Otávio Ferreira Moraes participou na concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; Tânia Solange Bosi de Souza Magnago participou na concepção e/ou desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

FINANCIAMENTO: Apoio financeiro: Edital Nº 034/2019 do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PROBIC/FAPERGS).

REFERÊNCIAS

1. Grotberg EH. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS (Orgs). Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 15-22.
2. Polk LV. Toward a Middle-Range theory of resilience. *Advances in Nursing Science* [Internet]. 1997 [cited 2020 Mar 30];19(3):1-13. Available from: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1997/03000/Toward_a_Middle_Range_Theory_of_Resilience.2.aspx.
3. Reivich K, Shattè A. *The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles*. 1 ed. New York: Broadway Books-Random House; 2002.
4. Barlach L, Limongi-França AC, Malvezzi S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Rev Interam Psicol* [Internet]. 2008 [cited 2020 Mar 30];42(1):101-12. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a11.pdf>.
5. Winwood PC, Colon R, McEwen K. A practical a measure of workplace resilience: Developing the Resilience at work scale. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2013 [cited 2020 Mar 30];55(10):1205-12. Available from: https://journals.lww.com/joem/Abstract/2013/10000/A_Practical_Measure_of_Workplace_Resilience__12.aspx.
6. McEwen K. Building personal resilience as a geoscientist. *Applied Earth Science* [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 30];121(4):155-62. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/1743275813Y.0000000026?scroll=top&needAccess=true>.

7. Greco PBT. Adaptação Transcultural para a língua portuguesa do Brasil da Resilience at Work Scale (RAW SCALE). [Tese]. Santa Maria (SM): Universidade Federal de Santa Maria; 2018. [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 30]; Available from: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/16353/TES_PPGENFERMAGEM_2018_GRECO_PATRICIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
8. Robertson IT, Cooper CL, Sarkar M, Curran T. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *J Occup Organ Psychol* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 30];88(3):533-62. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/joop.12120>.
9. Souza RS, Cortez EA, Do Carmo TG, Santana RF. Occupational diseases of workers cleaning service in hospital environment: educational proposal to minimize exposure. *Enferm glob* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 04];15(42):552-64. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/218311/192651>.
10. Marconato CS, Magnago ACS, Magnago TSBS, Dalmolin GL, Andolhe R, Tavares JP. Prevalencia y factores asociados con los disturbios psíquicos menores en trabajadores del servicio hospitalario de limpieza. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 30];51:e03239. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100431&lng=en&tlng=en.
11. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa; 2012. [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 30]; Available from: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/Manual_Limpeza_e_Desinfeccao_final.pdf.
12. Chaves LDP, Camelo SHH, Silva MR, Silva NM, Pereira AP. Hospital governance, hygiene and cleaning: nurse management space. *Texto & contexto enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 30];24(4):1166-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401166&lng=en&nr=iso&tlng=en.
13. Lanza KL, Ribeiro BGA, Martins JT, Okubo CVC, Galdino MJQ, Robazzi MLCC. Feelings of workers of the cleaning staff of a teaching hospital. *Cogitare enferm* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 30];24:e62467. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/94f6/7f33b21401fd89e7adbf94a-15c4a51e5da64.pdf>
14. Vera MIV, Gambarte MIG. Burnout y Factores de Resiliencia en Docentes de Educación Secundaria. *International Journal of Sociology of Education* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 27];8(2): 127-152. Available from: <https://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/rise/article/view/3987>
15. Rogerson S, Meir R, Crowley-McHattan Z, McEwen K, Pastoors R. A Randomized Controlled Pilot Trial Investigating the Impact of a Workplace Resilience Program During a Time of Significant Organizational Change. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 30];58(4):329-34. Available from: <https://insights.ovid.com/article/00043764-201604000-00003>.
16. Carpio RC, Castro LP, Huerto HM, Highfield MEF, Mendelson S. Exploring Resilience at Work Among First-Line Nurse Managers. *J Nurs Adm*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 30];48(10):481-6. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005110-201810000-00005>.
17. Alves MGM, Braga VM, Faerstein E, Lopes CS, Junger W. The demand-control model for job strain: a commentary on different ways to operationalize the exposure variable. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 27];31(1):1-5. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00208.pdf>.
18. Pérez-Junior EF, David HMSL. Trabalho de enfermagem e precarização: uma revisão integrativa. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 27];9(4):71-76. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1325/481>.
19. Lefrançois M, Saint-Charles J, Riel J. Work/Family balancing and 24/7 work schedules: network analysis of strategies in a transport company cleaning service. *A Journal of Environmental and Occupational* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 26];27(3). Available from: <https://doi.org/10.1177/1048291117725718>.
20. Cavalcante JL, Pinto AGA, Brito-Júnior FE, Moreira MRC, Lopes MSV, Cavalcante EGR. Estresse ocupacional dos funcionários de uma Universidade Pública. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 29];10(4):108-115. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2310/612>.
21. Sull A, Harland N, Moore A. Resilience of health-care workers in the UK: a cross-sectional survey. *J Occup Med Toxicol* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 30];10:1-8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12995-015-0061-x>.
22. Moraes JT, Silva AE, Gontijo TL, Ribeiro RF, Faria RGS. Avaliação do impacto da capacitação no trabalho para o cuidado de pessoas com es-tomias. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 30];10(3):93-8. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1810/575>.

ESTRESSE E RESILIÊNCIA NO TRABALHO EM SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS*

Gabrieli Rossato¹

Juliana Dal Ongaro¹

Patrícia Bitencourt Toscani Greco²

Emanuelli Mancio Ferreira da Luz¹

Luiza Dressler Sabin¹

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago¹

<https://orcid.org/0000-0002-4115-209X>

<https://orcid.org/0000-0003-0058-0132>

<http://orcid.org/0000-0001-6999-5470>

<https://orcid.org/0000-0002-7799-5232>

<http://orcid.org/0000-0001-5665-9179>

<http://orcid.org/0000-0002-5308-1604>

Objetivo: Analisar a relação entre estresse e resiliência no trabalho em servidores públicos federais de uma instituição de ensino do Sul do Brasil. **Método:** Estudo transversal, realizado em 2018, com 526 servidores públicos federais de uma universidade do Rio Grande do Sul, Brasil. Utilizou-se questionário composto por variáveis sociodemográficas, laborais, hábitos e de saúde; e a *Job Stress Scale* e *Resilience at Work Scale 20 - Brasil*. Empregou-se análise estatística descritiva e multivariada. Para as associações, utilizaram-se os testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher, quando $p < 0,05$, e a Regressão de Poisson. Foram seguidos os preceitos éticos da Resolução 466/2012. **Resultados:** Os servidores públicos apresentaram-se em trabalho ativo (23,5%) e com médio nível de resiliência (38,8%). Os servidores, em alta exigência (51%) e em trabalho ativo (26%), possuem prevalências mais elevadas para o baixo nível de resiliência no trabalho. **Conclusão:** Estar exposto a elevado estresse ocupacional pode influenciar negativamente no nível de resiliência do trabalhador.

Descritores: Estresse ocupacional; Resiliência; Trabalho; Saúde do trabalhador; Enfermagem.

STRESS AND RESILIENCE AT WORK ON FEDERAL PUBLIC SERVERS

Objective: To analyze the relation between stress and resilience at work in federal civil servants of an educational institution in the south of Brazil. **Method:** Cross-sectional study, conducted in 2018, with 526 federal civil servants from a university in Rio Grande do Sul, Brazil. A questionnaire composed of sociodemographic, work, habits and health variables was used; *Job Stress Scale* and *Resilience at Work Scale 20 - Brazil*. Descriptive and multivariate statistical analysis was used. For associations, Pearson's Chi-Square and Fisher's Exact tests were used when $p < 0.05$ and Poisson's Regression. The ethical principles of Resolution 466/2012 were followed. **Results:** Public servants presented themselves in active work (23,5%) and with a medium level of resilience (38,8%). Servants, in high demand (51%) and in active work (26%), have a higher prevalence for low level of resilience at work. **Conclusion:** Being exposed to high occupational stress can negatively influence the level of resilience of the worker.

Descriptors: Occupational stress; Resilience; Job; Worker's health; Nursing.

ESTRÉS Y RESILIENCIA EN EL TRABAJO SOBRE SERVIDORES PÚBLICOS FEDERALES

Objetivo: Analizar la relación entre el estrés y la resiliencia en el trabajo en funcionarios federales de una institución educativa en el sur de Brasil. **Método:** Estudio transversal, realizado en 2018, con 526 funcionarios federales de una universidad en Rio Grande do Sul, Brasil. Se utilizó un cuestionario compuesto por variables sociodemográficas, laborales, de hábitos y de salud; *Job Stress Scale* y *Resilience at Work Scale 20 - Brasil*. Se utilizó un análisis estadístico descriptivo y multivariado. Para las asociaciones, se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado de Pearson y Exacto de Fisher cuando $p < 0.05$ y la regresión de Poisson. Se siguieron los principios éticos de la Resolución 466/2012. **Resultados:** Los servidores públicos se presentaron en un trabajo activo (23,5%) y con un nivel medio de resiliencia (38,8%). Los sirvientes, en alta demanda (51%) y en trabajo activo (26%), tienen una mayor prevalencia de bajo nivel de resiliencia en el trabajo. **Conclusión:** Estar expuesto a un alto estrés laboral puede influir negativamente en el nivel de resiliencia del trabajador.

Descriptorios: Estrés Laboral; Resiliencia Psicológica; Trabajo; Salud del trabajador; Enfermería.

*Artigo extraído de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Santa Maria, em 2019.

¹Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-Rio Grande do Sul, Brasil.

²Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Santiago-Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, em 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com a finalidade de estabelecer princípios, diretrizes e estratégias com vistas à promoção e proteção à saúde do trabalhador¹. A criação desta política denota a relevância do trabalho para a sociedade contemporânea, bem como a necessidade da manutenção do bem-estar no ambiente laboral. No entanto, as condições oferecidas pelo mercado de trabalho nem sempre têm desfechos favoráveis à saúde do trabalhador, o que pode propiciar um consumo demasiado da capacidade física e mental²⁻³.

Um dos principais fatores relacionados ao ambiente de trabalho que comprometem a saúde é o estresse ocupacional⁴, definido como a relação entre altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho⁵. No final dos anos de 1970, Karasek propôs o Modelo Demanda-Controlle (*Demand-Control Model* ou *Job Strain*), com vistas à investigação do estresse ocupacional. Ele se relaciona às demandas psicológicas e ao controle do trabalhador diante das atividades laborais, diferenciando quatro dimensões: alta exigência (alta demanda e baixo controle – pior situação); trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); baixa exigência (baixa demanda e alto controle – melhor situação) e trabalho ativo (alta demanda e alto controle)⁵. Altas exigências laborais podem acarretar risco de adoecimento.

Os estressores advindos do ambiente laboral são fatores contribuintes para o surgimento de doenças como a síndrome metabólica, os distúrbios do sono, as enfermidades psicossomáticas, a síndrome de *Burnout* e a depressão⁶⁻⁷. Além disso, podem provocar a queda na produtividade, o absenteísmo, a insatisfação laboral e a baixa qualidade de vida⁶⁻⁷. Situações estressantes podem afetar profissionais de diferentes contextos laborais, como os da área da saúde⁸ e docentes⁹, tendo em vista suas características e desafios diários.

No contexto hospitalar, os profissionais da saúde representam algumas das categorias com maior vulnerabilidade para o estresse ocupacional⁶. Quer seja pela exposição diária a riscos químicos, físicos, ergonômicos, de acidentes por material biológico ou pelos riscos psicossociais como sobrecarga, precariedade das condições de trabalho e pressões exercidas pelos superiores, pacientes e seus familiares/acompanhantes¹⁰. Estes fatores atingem os indivíduos e podem influenciar a atuação da equipe, gerando um quadro de insegurança para assistência à saúde¹¹ que, por vezes, favorece o adoecimento dos trabalhadores¹².

No contexto docente, também há evidências de profissionais sobrecarregados pelas demandas acadêmicas¹³, as quais podem ultrapassar sua carga horária. Somado ao desafio do ensino na graduação, tem-se o paralelo com a atuação nos

programas de pós-graduação. As demandas se somam e as diversas exigências podem exacerbar o estresse¹³⁻¹⁴. Essa realidade pode implicar em exaustão física e emocional.

Em contraposição a esse cenário adverso, existem os aspectos positivos que permeiam o contexto laboral. Dentre estes, contempla-se a resiliência no trabalho, que está atrelada à capacidade do trabalhador de suportar e/ou superar as adversidades do meio e adaptar-se com sucesso à mudança e incerteza¹⁵. Esta capacidade é um aspecto que auxilia os trabalhadores no enfrentamento das situações estressoras, possibilitando efeitos benéficos sobre a saúde e o bem-estar destes. A resiliência no trabalho, quando investigada de forma adequada, possibilita desenvolver ações que auxiliem o trabalhador a enfrentar as adversidades da contemporaneidade e, consequentemente, melhorar as condições de saúde mental.

Frente ao exposto, tem-se como pergunta de pesquisa: Existe associação entre o estresse ocupacional e a resiliência no trabalho em servidores públicos federais? Neste intuito, delineou-se como objetivo, analisar a relação entre estresse e resiliência no trabalho em servidores públicos federais de uma instituição de ensino do Sul do Brasil.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal.

Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em uma instituição pública de ensino do Rio Grande do Sul, Brasil, contemplando os seus oito centros de ensino superior, o colégio politécnico e técnico industrial, a unidade de educação infantil e o hospital universitário. Todos os centros e unidades dessa instituição foram incluídos para se ter representatividade nos resultados, fornecendo um panorama institucional sobre o estresse e a resiliência no trabalho.

Participantes do estudo

Este estudo está inserido em um projeto matricial intitulado "Adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa do Brasil da *Resilience at Work Scale (RAW Scale)*". Foi desenvolvido com docentes (ensino superior, técnico e fundamental) e profissionais da saúde, todos servidores públicos da mesma universidade federal. Essa população foi selecionada a partir da similaridade com a utilizada no estudo de desenvolvimento da *RAW Scale*¹⁶, a fim de possibilitar a comparabilidade e a validação para a população. Além disso, é importante destacar que a população de docentes e profissionais da saúde estão cotidianamente expostos a riscos psicossociais no trabalho, o que traz à tona a relevância de investigações sobre resiliência nestas populações.

A população totalizou 2.866 docentes e profissionais da

saúde. Realizou-se o cálculo amostral por meio de percentual estimado de 50%, erro amostral de 5% e nível de significância de 5%¹⁷. A amostra foi aleatória e estratificada¹⁷ por centro/local, de forma que participaram do estudo 526 trabalhadores.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser docente de uma das unidades universitárias, técnica e tecnológica e da educação infantil da instituição, ou ser trabalhador da área da saúde do hospital universitário (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, assistente social, odontólogo, psicólogo ou nutricionista). Os critérios de exclusão foram: docentes e profissionais da saúde que estivessem em licença de saúde ou outro tipo de afastamento, no período de coleta dos dados, e os com tempo de trabalho na instituição inferior a um ano. Esta delimitação de tempo baseia-se no pressuposto de adaptação do trabalhador à instituição, especialmente no que tange à identificação dos estressores nas atividades laborais.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2018, por doutorandos, mestrandos e bolsistas de iniciação científica previamente capacitados pela coordenadora do projeto.

Inicialmente, a partir da lista de nomes dos participantes (professores e profissionais da saúde) foi realizado o sorteio para a composição de uma amostra estratificada por unidade universitária e, no hospital, por categoria profissional. Após, contatou-se via *e-mail* com os diretores dos centros e gestão hospitalar, para informar sobre a pesquisa e formalizar o convite.

O recrutamento dos participantes ocorreu individualmente e no próprio local de trabalho. Após o aceite em participar da pesquisa, os participantes foram informados sobre os objetivos, finalidade, riscos e benefícios do estudo e receberam o questionário auto preenchível composto por variáveis sociodemográficas, laborais, de hábitos e de saúde. Para avaliação do estresse ocupacional utilizou-se a *Job Stress Scale* (JSS)¹⁸ e, para a avaliação da resiliência no trabalho, a *RAW Scale 20 - Brasil*¹⁹.

Procedimentos de análise e tratamento dos dados

Os dados foram inseridos no programa *Epi-info*[®], versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências da digitação, os dados foram analisados no programa *PASW Statistics*[®] (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago, USA) 18.0.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta (N) e relativa (%). Já as quantitativas, pela média e desvio padrão (dados simétricos); pela mediana e intervalo interquartil (dados assimétricos), de acordo o teste Kolmogorov-Smirnov.

O estresse ocupacional percebido foi analisado pela JSS, composta por 11 questões, cinco para avaliar demanda psicológica do trabalho e seis para avaliar o controle sobre o trabalho. As opções de respostas variaram de "1" a "4", onde "Nunca ou quase sempre" pontuou 1 e "Frequentemente" pontuou 4. Os itens "4" e "9" da JSS foram reversos durante as análises. O escore das dimensões Demanda e Controle foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das respostas que as contemplam.

O escore do domínio Demanda psicológica varia de "5" a "20" pontos¹⁸. Quanto maior o escore, maior a demanda. Ela foi dicotomizada pela mediana em "Baixa demanda" (5 a 14 pontos) e "Alta demanda" (15 a 20 pontos). Já o escore da dimensão Controle sobre o trabalho varia de 6 a 24 pontos¹⁸. Quanto maior o escore, maior o controle. Foi dicotomizado pela mediana em "Baixo controle" (9 a 19 pontos) e "Alto controle" (20 a 24 pontos).

Os quadrantes do MDC foram obtidos pela combinação das categorias alta e baixa demanda psicológica e alto e baixo controle sobre o trabalho: alta exigência no trabalho (alta demanda psicológica e baixo controle - pior situação), trabalho ativo (alta demanda psicológica e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda psicológica e alto controle - melhor situação)¹⁸.

A *RAW Scale 20 - Brasil*¹⁹ é composta por 20 itens, com opções de resposta em uma escala *Likert* de sete pontos, variando de "0" (Discordo totalmente) a "6" (Concordo totalmente)¹⁹. Os itens "9" e "11" foram reversos durante as análises. As análises seguiram o modelo da versão original¹⁶, que por direitos autorais não pode ser descrita. No entanto, seu uso para pesquisas acadêmicas pode ser solicitado pelo *website*: workingwithresilience.com.au, e/ou pelo endereço eletrônico contact@workingwithresilience.com.au.

A *RAW Scale 20 - Brasil* é um instrumento que possibilita investigar o grau de resiliência do trabalhador em sete fatores. A partir dos resultados, traçar estratégias em aspectos específicos do ambiente laboral, os quais poderão interferir de igual forma na resiliência global^{16,19}.

Nas análises bivariadas, utilizaram-se os testes Qui-Quadrado de Pearson e Qui-Quadrado de Pearson com correção, quando indicado (células com menos de cinco indivíduos). Na multivariada, utilizou-se a Regressão de Poisson (bruta e ajustada) expressa na Razão de Prevalência e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Foram consideradas possíveis variáveis de confundimento aquelas que possuíam p-valor < 0,250 tanto para a exposição (estresse ocupacional), quanto para o desfecho (resiliência no trabalho). O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%.

A análise da consistência interna da JSS e da RAW *Scale 20 - Brasil* foi analisada por meio do Coeficiente *Alpha* (α) de Cronbach. Valores $>0,70$ são considerados indicativos de consistência interna adequada²⁰.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pesquisada, sob Parecer nº 2.121.699, e está de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

RESULTADOS

Dos 526 servidores públicos, 43,5% eram docentes e 54,6%, profissionais da saúde. Prevaleram servidores do sexo feminino (64,6%), com faixa etária entre 48 e 74 anos (36,3%), casados/com companheiros (66,5%) e de etnia branca (92,2%).

Quanto à categoria profissional, predominaram trabalhadores docentes (45,4%), seguidos dos técnicos de enfermagem (16,9%) e de enfermeiros (11,8%). A maior titulação foi a pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) (86,3%), com carga horária semanal de 40 horas (54,6%) e

tempo de atuação na universidade e no hospital, em média, de 14,4 (DP=10,3) e 2,9 (DP=0,8) anos, respectivamente.

No que tange a hábitos e saúde, prevaleceram servidores que nunca fumaram (81,0%), que às vezes utilizavam bebida alcoólica (66,3%), e que, às vezes, possuíam tempo para lazer (48,7%). Referiram não possuir alguma patologia diagnosticada (69,9%), não fazer uso de medicação contínua (64,2%), necessitar de atendimento médico no último ano (51,6%) e não precisar de atendimento psicológico (77%).

Quanto ao estresse ocupacional, prevaleceram servidores públicos com alta demanda psicológica (61,3%) e alto controle sobre o trabalho (63%). Na combinação dos quadrantes do MDC, 39,4% estavam em Trabalho Ativo; 23,5%, em baixa exigência; 22%, em alta exigência; e 15,1%, em trabalho passivo.

Conforme avaliação dos níveis de resiliência no trabalho, os participantes apresentaram moderado nível de resiliência no trabalho (38,8%), seguido por alto nível (32,3%) e baixo nível (28,8%). A pontuação média foi de 71,94 (DP= 10,09 Mínimo= 38,33 e Máximo= 100).

A confiabilidade geral das escalas foi de 0,63 (JSS) e de 0,79 (RAW *Scale 20 - Brasil*).

Na Tabela 1, está apresentada a relação entre os níveis de resiliência no trabalho e o estresse ocupacional.

Tabela 1 - Distribuição da frequência de respostas da relação entre os níveis de resiliência no trabalho e o estresse ocupacional, RS, Brasil, 2018 (n=526).

Estresse Ocupacional Quadrantes do MDC*	Resiliência no trabalho					
	Baixo		Moderado		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Trabalho Passivo	11	14,1	38	48,7	29	37,2
Alta Exigência**	56	50,0	41	36,6	15	13,4
Baixa Exigência	11	9,0	51	41,8	60	49,2
Trabalho Ativo	72	35,1	71	34,6	62	30,2

Nota: *MDC – Modelo Demanda–Controle. ** $p < 0,0001$ (Teste Qui-Quadrado).

Trabalhadores em alta exigência apresentaram maior percentual para baixo nível de resiliência no trabalho (50%), comparados aos classificados em baixa exigência e alto nível de resiliência (49,2%; $p < 0,0001$).

As associações brutas e ajustadas entre a resiliência no trabalho, estresse ocupacional e potenciais fatores de confundimento (faixa etária, tempo de formado e de trabalho, atendimento psicológico e tempo para o lazer) estão apresentadas na Tabela 2.

Variáveis	RP _b	IC (95%)	RP _{aj1*}	IC (95%)	RP _{aj2**}	IC (95%)
MDC						
Alta Exigência	1,70	1,41 - 2,05	1,43	1,14 - 1,79	1,51	1,24 - 1,85
Trabalho Passivo	1,23	0,96 - 1,57	1,27	0,96 - 1,67	1,15	0,90 - 1,48
Trabalho Ativo	1,37	1,12 - 1,67	1,20	0,96 - 1,49	1,26	1,03 - 1,55
Baixa Exigência	1,00	--	1,00	--	1,00	--
Faixa etária (anos)						
38 a 47	1,21	1,04-1,41	1,23	0,91-1,67	1,08	0,94-1,25
23 a 37	1,20	1,03-1,40	1,28	0,90-1,81	1,14	0,98-1,31
48 a 74	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Tempo de Formado (anos)						
12 a 22	1,21	1,04-1,41	0,98	0,72-1,33	-	-
2 a 11	1,18	1,00-1,39	1,07	0,75-1,53	-	-
23 a 48	1,00	-	1,00	-	-	-
Tempo de trabalho (anos)						
8 a 15	1,05	0,89-1,24	0,91	0,73-1,13	-	-
1 a 7	1,08	0,91-1,28	0,85	0,66-1,10	-	-
16 a 45	1,00	-	1,00	-	-	-
Atendimento Psicológico						
Sim	1,32	1,18-1,48	1,17	1,03-1,33	1,20	1,07-1,33
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Tempo para Lazer						
Não	1,36	1,10-1,68	1,16	0,84-1,59	1,21	0,97-1,51
Às vezes	1,34	1,18-1,53	1,27	1,09-1,48	1,24	1,08-1,41
Sim	1,00	-	1,00	-	1,00	-

Legenda: RP_b e RP_{aj} = Regressão de Poisson bruta e ajustada.

Nota: *RP_{aj1} = resiliência + estresse ocupacional + faixa etária + tempo de formado + tempo de trabalho + atendimento psicológico + tempo para o lazer. **RP_{aj2} = resiliência + estresse ocupacional + faixa etária + atendimento psicológico + tempo para o lazer.

Os servidores públicos em alta exigência e em trabalho ativo apresentaram 51% e 26%, respectivamente, de prevalências mais elevadas para baixo nível de resiliência no trabalho, comparados aos em baixa exigência. Da mesma forma,

ter necessitado de atendimento psicológico no último ano e às vezes ter tempo para o lazer apresentaram prevalências 20% e 24% mais elevadas para o baixo nível de resiliência no trabalho, respectivamente.

DISCUSSÃO

Os trabalhadores estão sujeitos a presenciar o estresse em algum momento da vida. No entanto, algumas profissões apresentam maior exposição a condições desgastantes, tanto físicas quanto emocionais²¹⁻²². Nesse panorama, os profissionais da educação e da saúde possuem especificidades como sobrecarga, intensificação e condições deficitárias de trabalho.

Essas situações podem levar ao adoecimento, especialmente se o trabalhador possui baixa capacidade de adaptar-se e superar as situações adversas a que é exposto. No que tange a essa capacidade, os servidores públicos apresentaram moderado nível de resiliência no trabalho. Estudo que buscou conhecer os níveis de resiliência e *Burnout*, em 200 profissionais da enfermagem de hospitais públicos, evidenciou a maioria dos participantes (63%) com resultados para moderada resiliência e que esta apresentou correlações negativas com a exaustão emocional e positivas com a realização pessoal²³.

Estudos com docentes corroboram os achados aqui evidenciados²⁴⁻²⁵. Docentes de ensino superior de sete instituições públicas do México apresentaram pontuações médias ($Md=3,22; \pm 0,70$) para a variável mentalidade resiliente²⁴. Outro, com docentes do ensino médio na Espanha, observou que eles possuíam média capacidade de identificar e gerenciar seus sentimentos e emoções, diante de certas condições e desafios²⁵.

Nesse sentido, é possível a reflexão de que situações adversas (sejam estas provenientes das condições de trabalho ou pessoais) podem interferir na capacidade do trabalhador de conseguir desenvolver e/ou permanecer resiliente em seu ambiente laboral. Desse modo, a resiliência pode ser intimamente influenciada pelas exigências e sobrecargas às quais os trabalhadores são expostos²⁶.

Neste estudo, evidenciou-se que os trabalhadores que possuíam alta exigência apresentaram prevalência 51% mais elevada de não se tornarem resilientes. Diante disso, o modelo teórico de Karasek⁵ assevera que a alta exigência é caracterizada por elevadas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho. Nessa perspectiva, podem-se considerar os altos níveis de pressão (situação de emergência com pacientes para os profissionais da saúde e alta cobrança por produtividade para os docentes, por exemplo), de concentração (medo de errar, dimensionamento de pessoal inadequado; multitarefas; falta de acesso aos recursos necessários, por exemplo), estado de alerta e neces-

sidade de aguardar as atividades dos outros (trabalho interdependente, por exemplo: esperar por resultados de exames ou de avaliação; entrega dos trabalhos por parte dos discentes), e não possuir espaços de aprendizagem (elevada carga horária; horas extras como fonte de renda, por exemplo), ou para exercerem sua criatividade e autonomia na tomada de decisões⁵.

Essas características associadas à dificuldade de superar as situações laborais difíceis (baixa resiliência) favorecem a que o indivíduo desenvolva a maioria das reações adversas advindas das exigências psicológicas, como fadiga, ansiedade, depressão e doença física²⁷⁻²⁸. Isto pode implicar no mal-estar do trabalhador e na queda da sua produtividade destes.

Em relação ao trabalho ativo, evidenciou-se que o trabalhador que integrava esse quadrante apresentou significativamente uma prevalência 26% mais elevada para o baixo nível de resiliência no trabalho. Depreende-se disso que, mesmo o trabalhador possuindo alto controle sobre as suas atividades, estar constantemente ampliando sua capacidade para aprendizagem e motivação²⁷ e estar submetido a elevadas demandas psicológicas, como o que acontece com os trabalhadores em alta exigência, é muito prejudicial. Tanto que ela reflete negativamente na capacidade de desenvolver resiliência no meio laboral. Dessa forma, as chances de não desenvolver a capacidade resiliente são menores do que em alta exigência, embora ainda sejam significativas²⁷.

Estudo realizado com funcionários efetivos, terceirizados e vigilantes de uma universidade pública constatou que a maioria dos trabalhadores apresentava nível baixo de estresse ocupacional nas três categorias (65%, 49,2% e 66,6%, respectivamente)²⁹. Desse modo, pode-se refletir que o desempenho das atividades laborais possui associação com suas competências e, quando possuem alto controle sobre o trabalho, acabam assumindo maiores demandas. Ainda, a exposição diária a diversos estressores pode desencadear reações nocivas ao indivíduo e, conseqüentemente, contribuir para o desenvolvimento de patologias²⁹.

Com relação à saúde mental dos trabalhadores da educação, em especial, professores, a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação tem discutido sobre o tema. Essas discussões têm sido pautadas nos aspectos identificados como nocivos à saúde, a sobrecarga de trabalho e/ou a sua intensificação, juntamente com a falta de lazer, os quais estão fortemente associados com o estresse ocupacional desses

trabalhadores³⁰. Além disso, estudo evidenciou que as condições de trabalho relacionadas aos aspectos físicos, sociais e administrativos, também são fatores que impactam na saúde psíquica dos docentes³¹.

Dedicar um período para atividades de lazer é muito importante e contribui para o bem-estar físico e psíquico dos indivíduos. Estudos apontam que profissionais que desfrutam de atividades de lazer são expostos a benefícios em prol da qualidade de vida, como a redução do estresse, maior socialização e integração familiar, capacidade de reflexão e de resiliência³²⁻³³. No entanto, quando este trabalhador está exposto a situações estressoras em função das demandas excessivas de trabalho, e sem de exercer atividades de lazer, amplia-se o risco de adoecimento físico ou psíquico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a qualidade de vida pode ser entendida como o nível de percepção que o indivíduo tem diante da sua posição na vida, em relação à cultura, expectativas, preocupações e valores materiais³⁴. Nesse sentido, estudo realizado com enfermeiros de um centro cirúrgico evidenciou que eles relacionavam diretamente a qualidade de vida com as condições de trabalho, com prática de atividade física, hábitos saudáveis e atividades de lazer³⁵. Dessa forma, a qualidade de vida, sendo indissociável do trabalho, sofre interferência deste, visto que ele pode potencializar a saúde ou o adoecimento³⁵.

Nessa perspectiva, fortalecer não somente os aspectos físicos, mas também o psicológico dos trabalhadores pode ser considerado essencial para reforçar os aspectos que possibilitam a capacidade de resiliência³⁶. Neste sentido, entende-se que manter a subjetividade do trabalhador, bem como seu tempo destinado para as atividades de lazer e prática de atividades de seu interesse, favorece positivamente a qualidade de vida³³ e o desenvolvimento da capacidade de resiliência no contexto do trabalho³⁶.

Limitações do estudo

O delineamento transversal não possibilita inferir causalidade (viés da causalidade reversa), pois tanto desfecho quanto exposição foram avaliados no mesmo momento de tempo.

Contribuições para a prática

Os resultados deste estudo reforçam a importância das medidas preventivas e de promoção à saúde e resiliência do trabalhador, a fim de fortalecê-los física e emocionalmente. Também, de minimizar os agravos

advindos deste meio, favorecendo um ambiente de trabalho saudável e positivo.

CONCLUSÃO

Os servidores em alta exigência e em trabalho ativo possuíam prevalências mais elevadas para o baixo nível de resiliência no trabalho. Estas associações indicam que pode haver comprometimento da saúde do trabalhador, bem como proporcionam um panorama que possibilita o desenvolvimento de estratégias para reduzir as demandas psicológicas do trabalho e fortalecimento da resiliência.

Torna-se relevante destacar, que além dos resultados obtidos neste estudo, conhecer as particularidades do trabalhador e o contexto a que estão inseridos para exercer suas atividades, auxilia no direcionamento das estratégias a serem elaboradas. Assim, conhecer as associações entre estresse e resiliência, possibilitam o planejamento de ações de promoção da saúde e da resiliência de forma mais focada nas necessidades desta população, bem como a valorização, dos aspectos positivos do trabalhador.

Contribuições dos Autores:

Gabrieli Rossato participou na concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Juliana Dal Ongaro participou na concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Patricia Bitencourt Toscani Greco participou na concepção e/ou desenho do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Emanuelli Mancio Ferreira da Luz participou na concepção e/ou desenho do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Luiza Dressler Sabin participou na concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; Tânia Solange Bosi de Souza Magnago participou na concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

FINANCIAMENTO:

Apoio financeiro: Edital Nº 009/2019 do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 de agosto de 2012. [Internet]. 2012 [cited 2020 Feb 23]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.
2. Pialarissi R. Precarização do Trabalho. *Adm Saúde*. [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 23]; 17(66):1-12. Available from: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/11>.
3. Araújo MRM, Morais KRS. Labor precariousness and the worker's overthrow process. *Cad. Psicologia Social Trabalho* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 23]; 20(1):1-13. Available from: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/149091>.
4. Lopes SL, Silva MC. Estresse ocupacional e fatores associados em servidores públicos de uma universidade federal do sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 23]; 23(11):3869-3880. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103869&lng=pt&nrm=iso.
5. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm. Sci.* [Internet]. 1979; [cited 2020 Feb 23]; 24(2):285-308. Available from: <https://www.jstor.org/stable/2392498>.
6. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro PHV. Occupational stress among health workers of a university hospital. *Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 20]; 39:e65127. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100421&script=sci_arttext&lng=en.
7. Mininel VA, Felli VEA, Silva EJ, Torri Z, Abreu AP, Branco MTA. Psychic Workloads and Strain Processes in Nursing Workers of Brazilian University Hospitals. *Latino-Am Enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 20]; 19(2):340-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/0104-1169-rlae-21-06-01290.pdf>.
8. Negeliskii C, Lautert L. Occupational Stress and Work Capacity of Nurses of a Hospital Group. *Rev Latino Am Enferm.* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 23]; 19(3):606-713. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000300021.
9. Araújo TM, Pinho PS, Masson MLV. Teachers' work and health in Brazil: thoughts on the history of research, strides, and challenges. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 23]; 35(Sup 1):e00087318. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csp/v35s1/en_1678-4464-csp-35-s1-e00087318.pdf.
10. Ascari RA, Schmitz SS, Silva OM. Prevalência de doenças ocupacionais em profissionais da enfermagem: revisão de literatura. *Rer Uningá.* [Internet]. 2013 [cited 2020 Feb 23]; 15(2):26-31. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1449>.
11. Santana LC, Ferreira LA, Santana LPM. Occupational stress in nursing professionals of a university hospital. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 mar 15]; 73(2):e20180997. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200179.
12. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. A brief history of worker's health in Brazil's Unified Health System: progress and challenges. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet]. 2018 [cited 2020 mar 15]; 23(6):1963-1970. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000601963&script=sci_arttext&lng=en.
13. Araújo BLS, Gomes DV, Pires VS, Moraes IM, Costa ALS. Estresse Ocupacional em Docentes de uma Instituição de Ensino Superior da região metropolitana de Goiânia. *Revisa.* [Internet]. 2015 [cited 2020 mar 15]; 4(2):96-104. Available from: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/243>.
14. Oliveira MGM, Cardoso CL. Stress e trabalho docente na área da saúde. *Estud psicol.* [Internet]. 2011 [cited 2020 mar 15]; 28(2):135-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000200001.
15. McEwen K. *Building Resilience at work*. 1ª Ed. Australian: Australian academic press. 2011.
16. Winwood PC, Colon R, McEwen K. A practical a measure of workplace resilience: Developing the Resilience at work scale. *Journal of occupational and environmental medicine.* American College of Occupational and Environmental Medicine. [Internet]. 2013 [cited 2020 mar 15]; 55(10):1205-1212. Available from: https://journals.lww.com/joem/Abstract/2013/10000/A_Practical_Measure_of_Workplace_Resilience__12.aspx?trendmd-shared=0.
17. Barbetta PA. *Estatística aplicada às Ciências Sociais*. 9ª Ed, Florianópolis: Editora da UFSC; 2015.
18. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Short version of the "job stress scale": a Portuguese-language adaptation. *Rev Saúde Pública.* [Internet]. 2004 [cited 2020 mar 15]; 38(2):1-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/en_19774.pdf.

19. Greco PBT. Adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa do Brasil da Resilience at Work Scale (RAW SCALE). [Tese]. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2018. [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 23]. Available from: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/16353/TES_PPGENFERMAGEM_2018_GRECO_PATRICIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
20. Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
21. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Zeitoune GRC, Tavares JP. Working conditions of nurses: evaluation based on the demand-control model. *Acta Paul Enfermagem*. [Internet]. 2010 [cited 2020 mar 10]; 23(6):811-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002010000600015&script=sci_arttext&lng=en.
22. Weber LND, Leite CR, Stasiak GR, Santos CA da S, Forteski R. O estresse no trabalho do professor. *Imag Educação*. [Internet]. 2015 [cited 2020 mar 10]; 5(3):40-52. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ImagensEduc/article/view/25789>.
23. Silva SM, Borges E, Abreu M, Queirós C, Baptista P, Fell V. Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Rer Port Enferm de Saúde Mental*. [Internet]. 2016 [cited 2020 mar 10]; 2(16):41-48. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000300006.
24. Hernández LMS, Macías AB, Bañalesc DLG. Mentalidad Resiliente y Salud Mental Positiva en docentes de Nivel Superior. *INNODOCT*. [Internet]. 2018 [cited 2020 mar 20]; 6:501-510. Available from: <http://ocs.editorial.upv.es/index.php/INNODOCT/INN2018/paper/viewFile/8802/4446>
25. Vera IV, Gambarte MIG. Burnout and Resilience Factors in High School Teachers. *International Journal of Sociology of Education*. [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 20]; 8(2):127-152. Available from: <https://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/rise/article/view/3987>.
26. Souza RG, Lindemam AC, Tsuge DM, Fontoura GA, Pargon JM, Santos KA. Saúde psíquica, resiliência e bem-estar do trabalhador: intervenção com profissionais da educação. *Rev Amazônica*. [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 15]; 23(1):394-408. Available from: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/5659/4357>.
27. Urbanetto JS, Magalhães MCM, Maciel VO, Sant'Anna VM, Gustavo AS, Figueiredo CEP, Magnago TSBS. Work-related stress according to the demand-control model and minor psychic disorders in nursing workers. *Rev Esc Enfermagem*. [Internet]. 2013 [cited 2020 mar 15]; 47(3): 1180-1186. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1180.pdf>.
28. Alves MGM, Braga VM, Faerstein E, Lopes CS, Junger W. The demand-control model for job strain: a commentary on different ways to operationalize the exposure variable. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2015 [cited 2020 mar 15]; 31(1):1-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000100208&lng=en&nrm=iso&lng=pt.
29. Cavalcante JL, Pinto AGA, Junior FEB, Moreira MRC, Lopes MSV, Cavalcante EGR. Estresse ocupacional dos funcionários de uma Universidade pública. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 15]; 10(4):108-115. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2310>.
30. Gouvêa LAVN. Teachers' working conditions and illnesses on the agenda of a labor Union. *Rev Saúde Debate*. [Internet]. 2016 [cited 2020 mar 15]; 40(111):206-219. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/en_0103-1104-sdeb-40-111-0206.pdf.
31. Pinto MJS, Pintor FA, Detta FP. Condições de trabalho que mais impactam na saúde dos docentes de enfermagem: revisão integrativa. *Enferm Foco*. [Internet]. 2017 [cited 2020 mar 15]; 8(3):51-55. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1239/399>.
32. Costa MAR, Souza VS, Dias J, Cussunoque L, Francine G, Francisqueti V. Concepção dos profissionais de serviço de emergência sobre qualidade de vida. *Ciêns Biológicas e da Saúde*. [Internet]. 2017 [cited 2020 mar 20]; 38(1):35-44. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/25537>.
33. Trapé AA, Lizzi EAS, Jacomini AM, Bueno CRJ, Franco LJ, Zago AS. Exercício físico supervisionado, aptidão física e fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos e idosos. *Rev. Bras Ciências Da Saúde*. [Internet]. 2018 [cited 2020 mar 20]; 22(4):291-298. Available from: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/34964-1>.
34. Freire MN, Costa ER. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho. *Rev. Enferm Contemporânea*. [Internet]. 2016 [cited 2020 mar 20]; 5(1):1-8. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/871>.
35. Santos DAC, Moraes DSVD, Franco RVB, Gomes JRAA. Qualidade de vida sob a ótica de enfermeiros do centro cirúrgico de um Hospital público. *Enferm Foco*. [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 20]; 10(4):07-11. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1676>.
36. Amaral JF, Ribeiro JP, Paixão DX. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Espaço para a Saúde*. [Internet]. 2015 [cited 2020 mar 20]; 16(1):66-74. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316177620_Qualidade_de_vida_no_trabalho_dos_profissionais_de_enfermagem_em_ambiente_hospitalar_uma_revisao_integrativa.

MELHORES PRÁTICAS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Mônica Ludwig Weber¹
Carine Vendruscolo¹
Edlamar Kátia Adamy¹
Clarissa Bohrer da Silva¹

<http://orcid.org/0000-0001-6593-446X>
<http://orcid.org/0000-0002-5163-4789>
<http://orcid.org/0000-0002-8490-0334>
<http://orcid.org/0000-0002-1254-019X>

Objetivo: compreender e estimular o desenvolvimento de melhores práticas entre enfermeiros de uma Rede de Atenção à Saúde. **Metodologia:** pesquisa-ação, alicerçada no referencial metodológico de Paulo Freire. Realizaram-se três Círculos de Cultura, com 10 enfermeiros atuantes no Oeste de Santa Catarina, entre os meses de junho a agosto de 2018. As informações foram analisadas à luz dos atributos da Atenção Primária à Saúde. **Resultados:** o ideário das melhores práticas converge com estratégias como a interlocução, integração e apoio entre enfermeiros e demais profissionais da Rede, constituindo a base para uma At¹²enção Primária resolutiva. Os desafios para a sua realização perpassam a mudança do modelo de atenção, refletindo, sobretudo, na efetivação dos atributos essenciais na Atenção Primária. **Conclusões:** o estudo provocou a reflexão e, em certa medida, a reconstrução da *práxis* dos enfermeiros, que se percebem como protagonistas, no âmbito do sistema de saúde.

Descritores: Serviços de Saúde, Enfermagem, Educação Continuada, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

BEST PRACTICES FOR NURSES IN THE HEALTH CARE NETWORK

Objective: to understand and encourage the development of best practices among nurses in a Health Care Network. **Methodology:** action research, based on Paulo Freire's methodological framework. Three Culture Circles were held with 10 nurses working in the West of Santa Catarina, between the months of June to August 2018. The information was analyzed in the light of the attributes of Primary Health Care. **Results:** the ideal of best practices converges with strategies such as interlocution, integration and support between nurses and other professionals of the Network, constituting the basis for resolving Primary Care. The challenges for its realization permeate the change in the model of care, reflecting, above all, in the realization of the essential attributes in Primary Care. **Conclusions:** the study provoked reflection and, to a certain extent, the reconstruction of the praxis of nurses, who perceive themselves as protagonists, within the scope of the health system.

Descriptors: Health Services, Nursing, Continuing Education, Health Knowledge, Attitudes and Practice.

MEJORES PRÁCTICAS PARA ENFERMERAS EN LA RED DE ATENCIÓN MÉDICA

Objetivo: comprender y fomentar el desarrollo de mejores prácticas entre enfermeras en una Red de Atención Médica **Metodología:** investigación de acción, basada en el marco metodológico de Paulo Freire. Se realizaron tres Círculos de Cultura, con 10 enfermeras que trabajan en el oeste de Santa Catarina, entre los meses de junio a agosto de 2018. La información se analizó a la luz de los atributos de La Atención Primaria de Salud. **Resultados:** el ideal de las mejores prácticas converge con estrategias como la interlocución, integración y apoyo entre enfermeras y otros profesionales de la Red, que constituy en la base para resolver la Atención Primaria. Los desafíos para su realización impregnan el cambio en el modelo de atención, reflejando, sobre todo, en la realización de los atributos esenciales en Atención Primaria. **Conclusiones:** el estudio provocó la reflexión y, en cierta medida, la reconstrucción de la praxis de las enfermeras, que se perciben a si mismas como protagonistas, dentro del alcance del sistema de salud.

Descriptorios: Servicios de Salud, Enfermería, Educación Continua, Conocimientos de Salud, Actitudes y Práctica.

¹Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS): o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado¹ conferem à esse nível de atenção a responsabilidade de coordenar os cuidados básicos à população, o que corresponde à resolução de 80% dos problemas de saúde e, em situações mais complexas, direcionar o usuário para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)^{2,3}. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) promove ampla difusão da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja ideia de equipe multidisciplinar passou a ser aspecto estruturante do trabalho na APS, evidenciando o conceito da interprofissionalidade⁴. O trabalho colaborativo das equipes corrobora para o sucesso do arranjo organizativo horizontal da RAS, com diferentes pontos de atenção e densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade do cuidado^{3,5}.

O enfermeiro se destaca neste cenário por sua formação generalista, que lhe confere habilidade para transitar entre as disciplinas da saúde e estabelecer vínculos com os diversos profissionais que compõe a equipe de saúde. No entanto, sua atuação, considerando os atributos da APS ainda representa um desafio. Nessa direção emergem as “melhores práticas”, termo que se refere às ações pautadas pela experiência profissional, considerando as necessidades do usuário, e pela melhor evidência disponível, com o objetivo de produzir resultados satisfatórios para os usuários, família e comunidade^{6,7}. O enfermeiro é considerado o elo articulador entre os profissionais da equipe, neste sentido, precisa potencializar, constantemente, ferramentas e estratégias como o diálogo, a empatia e a interlocução entre diferentes saberes, além do exercício da criatividade, da experiência e de habilidades aplicadas à contextos específicos, com a racionalização de recursos para o alcance de resultados⁸.

Diante dessas exposições, questiona-se como tem se desenvolvido as práticas dos enfermeiros para qualificar o cuidado, considerando os atributos da APS? O objetivo deste estudo foi compreender e estimular o desenvolvimento de melhores práticas entre enfermeiros de uma RAS.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação desenvolvido com base no Método de Paulo Freire. Essa modalidade de pesquisa tem como campo de estudo o contexto real do participante, articulado à ação para a resolução de um problema coletivo, de modo cooperativo. Adotou-se o Itinerário Freireano, mediante as fases: 1) investigação temática, 2) codificação e descodificação e 3) desvelamento crítico⁹.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em uma RAS constituída por três municípios, situados no Oeste de Santa Catarina, com população aproximada de 18 mil habitantes, e que conta com serviços de atenção primária, secundária e terciária.

Participantes da pesquisa

Os participantes foram 10 enfermeiros, assim distribuídos: cinco da APS, dois da atenção secundária e três da atenção terciária. O critério de inclusão foi atuar no serviço por, no mínimo, três meses e foram excluídos enfermeiros em licença ou afastados por qualquer motivo.

Coleta de dados

Os três Círculos de Cultura (CC), utilizados como forma de produção e registro das informações ocorreram entre os meses de junho a agosto de 2018, com intervalo de aproximadamente 21 dias entre os encontros. A dinamicidade e flexibilidade dos CC permite um número irregular de participantes, desde que se oportunize a aproximação entre pesquisadores e participantes, e as situações limites se tornem uma possibilidade de interesse coletivo⁹. Com duração de cerca de duas horas, os CC ocorreram em um dos serviços da RAS, foram previamente agendados e gravados, mediante livre e esclarecido consentimento dos participantes.

No primeiro CC, fase da investigação temática, o tema e objetivos da pesquisa foram apresentados aos nove enfermeiros (cinco da APS, um da atenção secundária e três da atenção terciária). Questões disparadoras nortearam a discussão sobre a prática profissional do enfermeiro na RAS. Ao término, a mediadora organizou um painel com os principais temas geradores (TG) – palavras que são extraídos do universo vocabular do sujeito, de acordo com seu cotidiano de vida⁹.

No segundo CC, com oito enfermeiros (quatro da APS, um da atenção secundária e três da atenção terciária), resgatou-se o painel; os TG foram agrupados e/ou suprimidos, de acordo com a significância atribuída por eles. Avançou-se para a fase de codificação e descodificação. Os enfermeiros foram convidados a refletir sobre melhores práticas, nas diferentes dimensões de atuação: gestão, assistência, ensino e pesquisa, considerando os atributos da APS. Para isso, reuniram-se em dois grupos, sendo que um identificou práticas na gestão-assistência e o outro no ensino-pesquisa. Posteriormente, foram invertidos os participantes de cada grupo para que todos contribuíssem na construção. Novo painel foi apresentado e discutido no grande grupo.

No terceiro encontro, com a presença de seis enfermeiros (três da APS e três da atenção terciária), à medida que os TG dos encontros anteriores foram analisados, uma situação que antes era considerada empírica recebeu novo olhar, possibilitando o desvelamento crítico. Os participantes refletiram sobre a realidade e seu papel frente às situações limite, proje-

tando possíveis movimentos de mudança.

Procedimento de análise dos dados

O procedimento de análise temática ocorreu concomitantemente à sua produção, à luz dos atributos da APS. Em todas as etapas da investigação, os pesquisadores realizaram a transcrição do material gravado em áudio e organizaram os registros para sistematizar as informações (redução temática) e apresentá-las de modo organizado aos participantes, validando-as⁹. Dentre os TG, este artigo explora as “melhores práticas em enfermagem”.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi desenvolvida conforme as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa local sob número 2.380.748 de novembro de 2017. Os participantes foram designados com nomes de pedras preciosas.

RESULTADOS

Quando questionados sobre as melhores práticas de sua atuação na RAS, os participantes remeteram ao protagonismo da enfermagem na constituição do cuidado individualizado/integral (atributo integralidade) e do acesso ao serviço (atributo acesso) e vínculo longitudinal de cuidado com o usuário (atributo longitudinalidade), na direção da prevenção de agravos e da promoção da saúde, considerando o modelo de atenção vigente:

[...]a gente é protagonista do cuidado [...]o cuidado é individualizado[...] a gente presta a assistência a cada um na busca do bem-estar. (Cristal)

[...]a gente vem trabalhando bastante a prevenção [...] só conversar, trocar uma ideia, às vezes era só isso que a pessoa queria, não precisa nem consultar, nem iniciar com remédio, apenas dar uma atenção que a pessoa já sai diferente, melhor. (Ágata)

Nesse sentido, as melhores práticas emergem na fala dos enfermeiros como a prática clínica pautada em evidências, seja na tomada de decisão para realização de punção venosa ou de curativo, a qual envolve a experiência profissional e a interlocução entre os profissionais. Além disso, o acompanhamento longitudinal do paciente, a exemplo da puericultura, também aparece como uma melhor prática.

Eu vejo um exemplo [de melhor prática] a questão da punção venosa, a escolha do dispositivo está diretamente ligada ao estado geral do paciente, ao que você deseja infundir, sempre tentando considerar o que é menos dispendioso em matéria de custos,

a vontade do paciente e nossa experiência. (Cristal)

[...] a gente tinha o caso de uma paciente que a cobertura do curativo que estávamos usando não era efetiva, aí tanto eu quanto o médico e a técnica fomos pesquisar para ver qual seria que a gente poderia utilizar na paciente. (Turmalina)

Na Atenção Básica a gente vê o todo, ele[usuário] inserido na sociedade, na família. [...]Se tu vais fazer um acompanhamento com uma criança, na puericultura, essa continuidade demonstra uma melhor prática. (Jade)

Por outro lado, os enfermeiros referiram percepções críticas sobre possíveis obstáculos à realização de melhores práticas, especialmente na APS, os quais perpassam aspectos relativos à gestão dos serviços e à formação profissional para uma atuação direcionada ao modelo de atenção desejado, ou seja, centrado no paciente e pautado na efetivação dos atributos essenciais na RAS. Os depoimentos também expressam uma percepção equivocada dos participantes sobre o modelo proposto na ESF:

[...]quando implantaram esses PSF [Programa Saúde da Família] que era para fazer a promoção e educação em saúde, no que virou? Em assistencialismo, saúde curativa! (Ametista)

Têm várias coisas que a gente faz, buscando sempre o melhor. Mas[...] temos esses empecilhos, de gestão e tudo mais [refere-se à gestão autoritária, má distribuição e escassez de recursos materiais e humanos], o que atrapalha na hora de implementar ações educativas ou de prevenção [...]. Ele [usuário] vai para algum especialista, para outro médico e volta de novo [para a APS] [...] a gente não consegue fazer esse acompanhamento, pois não se tem registro ou retorno da assistência oferecida[...]. (Jade)

Eu vejo o posto de saúde como uma rodoviária: o paciente não fica! A gente acompanha o paciente mais efetivamente no hospital, porque ele fica alguns dias. (Ametista)

Os participantes expressaram a necessidade de atualização e de qualificação profissional como uma forma de realizar melhores práticas, ou seja, práticas mais seguras e pautadas em evidências. Reconhecem a Enfermagem como uma categoria profissional em que são exigidos conhecimentos, habilidades, atitudes adequadas e atualizadas. Dessa forma, sina-

lizam a necessidade de movimentos de aproximação com o ensino [Universidades] para atualização:

[...] no hospital, quem está 24 horas, feriados e finais de semana é o enfermeiro. Farmacêutico não vem, nutricionista não vem, psicólogos nós nem temos, médico é sobreaviso[...]a primeira conduta sempre é o enfermeiro. Se um paciente faz PCR [Parada Cardiorrespiratória] até que eu chame o médico eu já perdi o paciente, então eu vou ter que fazer, logo, preciso estar qualificada para isso. (Cristal).

Essa troca para a gente estar se atualizando, porque fora das universidades as coisas vão dificultando se a gente não se atualizar, precisa dessa troca. (Ametista)

Os participantes apontam a importância da melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, a qual depende de profissionais comprometidos. Referem que o conhecimento científico, a experiência profissional e as ações colaborativas entre os diferentes profissionais e pontos da RAS, caracterizam-se como elementos constituintes para o desenvolvimento das melhores práticas.

É quase impossível algum profissional não fazer o melhor. Eu penso que é o caminho sim, melhorar o serviço, acho que a experiência é muito importante [...]. (Ametista)

Quanto melhor o teu conhecimento, melhor é a tua prática. Essa colaboração entre nós enfermeiros e a equipe eu estou achando maravilhoso, de ter contato com as colegas da Atenção Básica e CAPS [Centro de Apoio Psicossocial]. Quando você está no momento do trabalho, você está sobrecarregado, você fica no automático e não reflete muita coisa. Tu até sabes o ponto que estás com dificuldade, tanto com o paciente ou com o profissional, mas não pensa: vamos buscar um apoio, uma qualificação, uma melhoria. (Ônix)

Ao encerrar o desvelamento do universo temático, houve expressão dos participantes em relação aos CC como espaço para a construção de novas ideias e de transformação das práticas visando uma atuação operacionalizada pelos atributos essenciais e pautada na qualidade da atenção.

[...]esses momentos nos fazem refletir sobre o que fazemos e onde queremos chegar. Muito válido para conhecer a realidade da atenção básica, que a gente que está no outro ponto as vezes julga, não

entende, não sabe o que acontece. E isso reflete na assistência mais contínua, integral, pois você sabe que pode contar com o enfermeiro do outro serviço. (Cristal)

A partir dos diálogos e trocas de experiências, o grupo se propôs a fomentar momentos de interlocução, visando articular os pontos de produção de saúde da RAS. Decidiu-se, então, promover a integração entre enfermeiros da RAS, iniciando com a realização de grupos educativos de gestantes, sendo uma demanda visualizada com necessidade de melhoria de atuação pelos profissionais dessa RAS. Foram realizados dois grupos, em dois municípios, com a presença de gestantes, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiras da atenção terciária e APS e a médica obstetra.

DISCUSSÃO

O estudo evidencia a compreensão das melhores práticas entre enfermeiros que atuam na RAS. Na medida em que os participantes ressaltaram o protagonismo da Enfermagem na constituição do cuidado pautado nos atributos essenciais na RAS, se revelam as dimensões de atuação do processo de trabalho da profissão: o cuidado, a educação/pesquisa e o gerenciamento¹⁰. O cuidado tem como objeto de intervenção as pessoas com necessidades relacionadas ao processo saúde-doença, o que demanda um campo de conhecimentos da saúde coletiva e da prática clínica/assistencial. A pesquisa implica nas evidências que permeiam o processo de cuidar, a educação popular e também a educação permanente. O gerenciamento articula as atividades de organização do trabalho, o que pressupõe liderança e participação¹¹.

Nesse sentido, as melhores práticas emergiram na fala dos enfermeiros como a prática clínica pautada em evidências que envolve o conhecimento científico e a experiência profissional. Soma-se a isso, a colaboração interprofissional a qual corrobora para a reflexão crítica. Ao atuarem em colaboração, profissionais de diferentes áreas demonstram melhor desempenho, com impacto na integralidade¹².

Os resultados indicam que os enfermeiros atribuem a possibilidade de vínculo com o usuário à garantia da continuidade e integralidade do cuidado. A integralidade remete à necessidade de mudança, especialmente na abordagem interprofissional, que implica diálogo e colaboração entre as áreas com objetivo de perceber as reais necessidades da população⁴.

Além disso, evidenciou-se a importância da melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, a qual depende de profissionais comprometidos. Estudo destacou, dentre os fatores associados ao melhor desempenho da APS: a formação dos profissionais em saúde da família, a disponibilidade

do médico na equipe 30 horas semanais e o número de equipes por UBS, suscitando a necessidade de ampliá-las e/ou reestruturá-las, a fim de acomodar mais equipes e possibilitar maior integração¹³. Estas necessidades convergem com a realidade referida. O fato de ser uma RAS com serviços de baixa, média e alta complexidade poderia ser positivo ao se estudar estratégias de articulação e estabelecimentos de fluxos para o desenvolvimento de melhores e integradas práticas.

Entende-se que algumas fragilidades, como a escassez de pessoal, a gestão ineficiente e as condutas clínicas dos profissionais sobrecarregados, corroboram para a falta de qualificação e desmotivação nos serviços. De maneira convergente, pesquisa evidencia que a sobrecarga e as más condições de trabalho contribuem para o abandono de algumas funções dos profissionais¹⁴.

Os resultados revelam a falta de interlocução entre enfermeiros e demais profissionais, bem como entre os pontos da rede, evidenciando a inexistência de Linhas de Cuidado formalmente instituídas¹⁵. Estas representariam fluxos assistenciais garantidos aos usuários, incluindo os serviços que não estão necessariamente, inseridos no Sistema, como entidades comunitárias, mas que participam da Rede^{15,16}.

No cenário de estudo, não há registro formalizado sobre a assistência prestada nos diferentes pontos da RAS, com vistas à coordenação do cuidado pela APS. No Canadá, Espanha e Portugal, alguns serviços operam apoiados no conceito de “Enfermeiro de Ligação”¹⁷, o qual corresponde ao profissional que realiza a articulação na rede (contrarreferência do usuário entre os pontos de atenção, na lógica da clínica ampliada). Embora essa discussão, no Brasil, não tenha encontrado significância, tal atividade pode evoluir para outras expressões já ascendidas, como a Enfermagem de Prática Avançada, e colaborar com a aproximação entre os serviços e o fluxo de informações^{17,18}.

Cabe destacar que os participantes também referiram percepções críticas sobre possíveis obstáculos à realização de melhores práticas, como a dificuldade de mudança de um modelo biomédico e curativista para um modelo centrado no paciente e integral. Destaca-se que a mudança de modelo perpassa também, a compreensão da equipe sobre a lógica da APS, donde os dados demonstram fragilidade. Além disso, é preciso levar em conta o atributo atenção ao primeiro contato (acesso), que traz a ideia de que a organização da RAS a partir da APS facilita a porta de entrada para cada novo problema ou episódio pelo qual as pessoas buscam cuidado, sendo, a partir desse atendimento, referenciado aos demais pontos da Rede^{2,19}. Nessa direção, sabe-se da relevância de profissionais qualificados na APS para exercer a “função filtro” (tomada de decisão sobre quando acessar cuidados especializados). Essa

medida pode evitar a burocratização excessiva e o aumento do número de encaminhamentos aos serviços especializados¹⁶.

Nesta perspectiva, os enfermeiros compreendem que para realizar melhores práticas necessitam de atualização e de qualificação profissional sinalizando a importância de movimentos de aproximação com as instituições de ensino. Manter os profissionais de enfermagem atualizados corrobora para a realização de uma assistência mais segura de modo a evitar ações iatrogênicas e desnecessárias^{20,21}.

Os resultados desse estudo provocaram a reflexão e, em certa medida, a reestruturação da práxis, culminando com ações efetivas naquele cenário. A oportunidade de encontro, promovida pelos CC, ocasionou um processo efetivo de EPS. Apoiada no ensino problematizador, que segue os pressupostos pedagógicos formulados pela Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) desde a década de 1980, também expressos nas obras do educador brasileiro Paulo Freire, a educação permanente aponta para a ação libertadora/emancipadora^{9,22}. Essa abordagem propõe o protagonismo dos sujeitos, por meio da intervenção crítica na realidade, a partir da aprendizagem significativa, expressa pelo interesse nas suas experiências anteriores. Ao substituírem a postura de expectadores pela de protagonistas, nos diferentes pontos da RAS, os enfermeiros reconhecem sua autonomia e, nessa condição, assumem responsabilidades, comprometem-se, participam e desenvolvem o senso de pertencimento²².

Limitações do estudo

Como limitação do estudo, indica-se a dificuldade para reunir os profissionais para participarem dos encontros e a ampliação para outras RAS.

Contribuição do estudo para a prática

Este estudo possibilitou ampliar as reflexões sobre as melhores práticas, assim como permitiu o conhecimento e a aproximação dos enfermeiros com uma metodologia de pesquisa problematizadora, os Círculos de Cultura. Destaca-se a importância da educação permanente em saúde, fortalecendo a interlocução entre os profissionais e a Rede. Os resultados da pesquisa podem ser apresentados aos gestores dos serviços pois destacam a necessidade da elaboração e implementação de fluxos entre os diferentes pontos de atenção da Rede, o que favorecerá o trabalho interprofissional e a melhoria na assistência à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ideário dos enfermeiros sobre as melhores práticas em enfermagem converge para a busca de evidências, experiência profissional e interlocução na RAS. Foi possível identificar lacunas na prática, atreladas, sobretudo, à falha na operacio-

nalização dos atributos da APS como o acesso, a integralidade, a longitudinalidade e em especial a coordenação da atenção. Tais aspectos somados ao modelo de atenção ultrapassado limitam o desenvolvimento de melhores práticas.

É reveladora a perspectiva de que os enfermeiros se reconheceram como protagonistas do cuidado na RAS. O Itinerário Freireano provocou tal reflexão e, em certa medida, a reconstrução da *práxis* dos enfermeiros, pois os CC contribuíram para a criticidade e mobilização para a ação, como

lôcus de educação permanente. Sugere-se que sejam realizadas outras pesquisas sobre movimentos em direção às melhores práticas e o papel da enfermagem na articulação entre os pontos da RAS.

Contribuições dos Autores: MLW, CV e EKA: contribuíram com a concepção e/ou desenho do estudo. MLW, CV, EKA e CBS: Análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.
2. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis* (Rio J.). 2017 [acesso em 03 set 2019]; 27(2): 255-276. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>.
3. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. 2015; vol 1: 1-193.
4. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface* (Botucatu, Online). 2017 [acesso em 04 set 2019]; 21(62): 589-599. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>.
5. Ceccim RB. Connections and boundaries of interprofessionalism: form and formation. *Interface* (Botucatu, Online). 2018 [acesso em 04 set 2019]; 22: 1739-1749. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.
6. University Of Iowa (IOWA). College of Nursing. HCGNE – Best Practices for Healthcare Professionals. [Internet]. 2014 [acesso em 09 set 2019]. Disponível em: <http://www.nursing.uiowa.edu/hartford/best-practicesfor-healthcareprofessionals>.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia para a Documentação e Partilha das Melhores Práticas em Programas de Saúde. Brazzaville: OMS; 2008.
8. Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Colomé ICS, Erdmann AL. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. *Rev Gaúch Enferm*. 2016 [acesso em 02 set 2019]; 37(1): e50178. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>.
9. Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBNA, Durand MK. Reflexões sobre o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2017 [acesso em 02 set 2019]; 26(4): e0680017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>.
10. Forte ECN, Pires DEP, Scherer MDA, Soratto J. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica? *Tempus* (Brasília). 2018. [acesso em 02 set 2019]; 11(2):53-8. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2338/1777>.
11. Nunes EFPA, Carvalho BG, Nicoletto SCS, Cordoni JL. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. *Interface* (Botucatu, Online). 2016 [acesso em 02 set 2019]; 20(58): 573-584. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0065>.
12. Lima JG, Giovanella L, Fausto MC, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAO-AB. *Saúde Debate*. 2018 [acesso em 03 set 2019]; 42: 52-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s104>.
13. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers. *Cad. Saúde Pública* (Online). 2015 [acesso em 03 set 2019]; 31(9): 1941-1952. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132114>.
14. Bertocini JH, Pires DEP, Scherer MDA. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trab Educ Saúde* (Online). 2011 [acesso em 02 set 2019]; 9: 157-173. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000400008>.
15. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de atenção. São Paulo: 2015. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/recursos/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf.
16. Souza TP, Carvalho SR. Territorial support and multi-referential team: cartographies of the confluence between the method of support and the guidelines for harm reduction at a street-level among crack users and at the health network in the city of Campinas, SP, Brazil. *Interface* (Botucatu, Online). 2014 [acesso em 27 ago 2019]; 18: 945-956. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0518>.
17. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm*. 2018 [acesso em 02 set 2019]; 71(Suppl 1): 546-553. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.
18. Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MAC. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?. *Rev Bras Enferm*. 2018 [acesso em 02 set 2019]; 71(Suppl 1): 716-721. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>.
19. Montelo FM, Monturil LA, Moura EF, Barasuol AM, Dodero SR, Maciel ES et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais. *Enferm em Foco* [Internet]. 2020 [cited 2020 jun 27]; 10(6). Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2778>.
20. Silva FML, Pimenta FJNA, Saraiva GBN, Barros MMA. Atualização profissional frente às práticas de enfermagem: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019 [acesso em 23 jan 2020]; 32: e1186. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1186.2019>
21. Moll MF, Boff NN, Silva PS, Siqueira TV, Ventura CAA. O enfermeiro na Saúde da Família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. *Enferm em Foco* [Internet]. 2019 [acesso em 27 jun 2020]; 10(3). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2001>.
22. Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML, Kleba ME, Reibnitz KS. Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. *Interface* (Botucatu, Online). 2016 [acesso em 04 set 2019]; 20(59): 1015-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0768>.

O PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NO SETOR DE HIPERDIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Giulia Magalhães Mendonça Reis Ribeiro¹

João Victor Lima da Silva¹

Maritza Consuelo Ortiz Sanchez¹

Érica Brandão de Moraes¹

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente¹

<https://orcid.org/0000-0002-4476-6927>

<https://orcid.org/0000-0002-5561-0303>

<http://orcid.org/0000-0002-6123-9846>

<https://orcid.org/0000-0003-3052-158X>

<https://orcid.org/0000-0003-4488-4912>

Objetivo: analisar a organização do processo de trabalho gerencial do enfermeiro no setor do Programa de Hiperdia em uma Policlínica Regional do município de Niterói-RJ. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, desenvolvido a partir da observação da organização do processo de trabalho dos enfermeiros que trabalham no setor do Programa de Hiperdia de uma Policlínica Regional do município de Niterói-RJ. Realizada durante o segundo semestre acadêmico de 2019. Levaram-se em consideração os seguintes componentes do processo: objeto, agentes, instrumentos, finalidade, método e produto. **Resultados:** foi possível analisar o processo de trabalho exercido pela enfermagem no setor do Programa de Hiperdia. Observou-se a implementação de rotina, utilização de diversos instrumentos, organização de registros de enfermagem e implementação de controle diário de atendimento, cabe ressaltar o bom relacionamento enfermeiro-paciente, que possibilita o cuidado adequado com a necessidade do usuário. **Considerações finais:** o Programa de Hiperdia se mostra importante para a Policlínica ofertando um atendimento dentro das perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS). No processo de trabalho gerencial o enfermeiro ao coordenar esse setor, realiza função de gestor, pesquisador, educador e prestador de assistência, funções estas que são os pilares construtores do processo de trabalho da enfermagem.

Descritores: trabalho, gestão em saúde, avaliação de processos, enfermagem

THE NURSE'S MANAGEMENT WORK PROCESS IN THE HIPERDIA SECTOR IN BASIC CARE

Objective: to analyze the organization of the managerial work process of nurses in the sector of the Hiperdia Program in a Regional Polyclinic in the city of Niterói-RJ. **Methodology:** it is an experience report, with a qualitative approach, developed from the observation of the organization of the work process of nurses who work in the sector of the Hiperdia Program of a Regional Polyclinic in the city of Niterói-RJ. Held during the second academic semester of 2019. The following components of the process were taken into account: object, agents, instruments, purpose, method and product. **Results:** it was possible to analyze the work process performed by nursing in the sector of the Hiperdia Program. It was observed the routine implementation, the use of several instruments, the organization of nursing records and the implementation of daily care control, it is worth mentioning the good nurse-patient relationship, which enables adequate care with the user's need. **Final considerations:** the Hiperdia Program is important for the Polyclinic, offering care within the perspective of the Unified Health System (SUS). In the managerial work process, the nurse, when coordinating this sector, performs the function of manager, researcher, educator and care provider, functions that are the building blocks of the nursing work process.

Descriptors: work, health management, process evaluation, nursing.

EL PROCESO DE TRABAJO DE GESTIÓN DE LA ENFERMERA EN EL SECTOR HIPERDIA EN CUIDADO BÁSICO

Objetivo: analizar la organización del proceso de trabajo gerencial de las enfermeras en el sector del Programa Hiperdia en un Policlínico Regional en la ciudad de Niterói-RJ. **Metodología:** este es un informe de experiencia, con un enfoque cualitativo, desarrollado a partir de la observación de la organización del proceso de trabajo de las enfermeras que trabajan en el sector del Programa Hiperdia de una Policlínica Regional en la ciudad de Niterói-RJ. Se llevó a cabo durante el segundo semestre académico de 2019. Se tomaron en cuenta los siguientes componentes del proceso: objeto, agentes, instrumentos, propósito, método y producto. **Resultados:** fue posible analizar el proceso de trabajo realizado por enfermería en el sector del Programa Hiperdia. Se observó la implementación de rutina, el uso de varios instrumentos, la organización de los registros de enfermería y la implementación del control de atención diaria, vale la pena mencionar la buena relación enfermera-paciente, que permite una atención adecuada a las necesidades del usuario. **Consideraciones finales:** el Programa Hiperdia es importante para la Policlínica, ya que ofrece atención desde la perspectiva del Sistema Único de Salud (SUS). En el proceso de trabajo gerencial, la enfermera, al coordinar este sector, desempeña la función de gerente, investigador, educador y proveedor de atención, funciones que son los componentes básicos del proceso de trabajo de enfermería.

Descriptorios: trabajo, gestión de la salud, evaluación de procesos, enfermería.

¹Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - EEAAC. Universidade Federal Fluminense - UFF, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente: Giulia Magalhães Mendonça Reis Ribeiro E-mail: giulia.magalhaesreis77@gmail.com.

Recebido: 24/3/20 Aceito: 31/7/20

INTRODUÇÃO

O trabalho é uma prática social, que se relaciona a um projeto determinado na sociedade, onde se visa a produção de um produto. O processo de trabalho ocorre por meio de fenômenos interrelacionados envolvendo um objeto, instrumentos e investimento de energia¹.

Os processos de trabalho requerem organização para cada área específica e assim são moldáveis às necessidades que cada equipe necessita, incluindo a de saúde. Sendo assim, requer profissionais com conhecimentos que permeiam diversos saberes, que além de realizar suas competências técnicas exerçam suas dimensões políticas, de gestão e liderança².

Dentro do processo de trabalho voltado para a área de saúde deve-se integrar competências clínicas e gerências, sendo as clínicas: detecção, documentação, fornecimento de um sistema de apoio para garantir segurança ao paciente e resposta às alterações clínicas. As competências gerenciais referem-se ao gerenciamento de conflitos e de pessoas, resolução de problemas, planejamento, liderança, comunicação e cuidados seguros³.

Se tratando do processo de trabalho da enfermagem, podemos considerar que consiste no conjunto de ações de acompanhamento do usuário/população, no decorrer de doenças ou ao longo de processos que relacionem a manutenção da vida e sociedade, com o propósito de promover, prevenir e recuperar a saúde, assim como no atendimento das necessidades básicas de saúde. Este processo de trabalho se subdivide em vários subprocessos ou dimensões, como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar⁴. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais explorados hodiernamente no trabalho do enfermeiro. Dessa forma, observou-se que o enfermeiro na atenção primária assume o papel de gestor com vistas a atingir os objetivos, cujo resultado é prestar uma assistência de qualidade.

Dentre vários contextos onde o enfermeiro atua, tem-se a Atenção Primária à Saúde (APS). Esta refere-se a um conjunto de ações de cuidados, desenvolvidas no primeiro nível de atenção oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que prioriza a promoção e proteção da saúde, além de prevenção de agravos. É esperado que as necessidades da população sejam resolvidas neste nível, solucionando demandas do indivíduo, família e comunidade. No Brasil, o SUS tornou o acesso à saúde universal, prevenindo e/ou tratando comorbidades que acometem a população, como por exemplo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM)².

A HAS e o DM são doenças crônicas, altamente prevalentes, de alto custo social, que vêm aumentando significativamente na população, representando importante problema de saúde pública, pois impactam negativamente na qualidade de vida. O Programa de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos

e Diabéticos (Hiperdia) é uma estratégia importante para a sensibilização das pessoas acometidas por essas doenças quanto ao autocuidado, sendo uma das medidas preventivas de danos secundários⁵.

Dessa forma, o setor do Programa de Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de pessoas com HAS e/ou DM atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde (CNS), funcionalidade que garante a identificação única no SUS⁶.

O gerenciamento, como abordado, é peça relevante para a qualidade da assistência e andamento do setor do Programa de Hiperdia, desse modo o interesse em abordar a temática deve-se as observações relacionadas ao desenvolvimento do processo de trabalho gerencial do enfermeiro, nesse setor, considerando que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), grupo a qual a HAS e o DM estão incluídos, são responsáveis por 38 milhões de morte anuais com ocorrência de 85% em países em desenvolvimento⁷.

Dentro do setor do Programa de Hiperdia, o papel do enfermeiro gestor é fundamental para que possa ser planejado, organizado, executado e avaliado o serviço prestado ao usuário. Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar a organização do processo de trabalho gerencial do enfermeiro no setor do Programa de Hiperdia em uma Policlínica Regional do município de Niterói-RJ.

METODO

Tipo de estudo

O presente estudo é um relato de experiência, de abordagem qualitativa, desenvolvido a partir da observação da organização do processo de trabalho dos enfermeiros que prestam serviços no setor do Programa de Hiperdia.

Cenário do estudo

O cenário do estudo ocorreu em uma unidade de APS do município de Niterói-RJ, sendo uma policlínica regional. A mesma oferece atendimento especializado, e assim garante apoio diagnóstico e terapêutico e oferece diversos serviços além do Programa de Hiperdia como os atendimentos ambulatoriais: sala de curativo, vacinação, consultas para gestantes, acompanhamento de pessoas com HIV/Aids e tuberculose e outros. Oferece também, emergência aberta 24 horas, para atender as necessidades da população em casos de urgência e emergência.

Período de realização da experiência

O relato se refere ao segundo semestre acadêmico de 2019.

Sujeitos envolvidos na experiência

Ressalta-se que a vivência foi dos acadêmicos de enferma-

gem do 6º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (Eeaac/Uff); integrantes da disciplina Gerência em Enfermagem I, que realizaram ensino teórico-prático na unidade supracitada. A enfermeira responsável pelo setor, de forma solícita, permitiu acompanhar seu trabalho, adentrando na rotina e no processo de trabalho.

Aspectos éticos

Por se tratar de um relato de experiência e envolver apenas dados de domínio público que não identificam os participantes da pesquisa e por não envolver seres humanos, este estudo se enquadra dentro dos aspectos éticos.

OBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA

A vivência teve como objetivo observar e apreender o desenvolvimento das atividades do enfermeiro do setor do Programa de Hiperdia. É de suma importância que a gestão se entrelace na formação do acadêmico de enfermagem do início ao fim de sua formação, sendo assim, a observação da forma como os profissionais que atuam na área contribui para intercâmbio de conhecimento fazendo com que o acadêmico e o profissional desenvolvam a capacidade de comunicação, ensino e aprendizagem.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Levaram-se em consideração os seguintes componentes do processo: objeto, agentes, instrumentos, finalidade, métodos e produto. Sendo o objeto o trabalho em si, decorrente diretamente da natureza, ou seja, aquilo que tem potencial de ser transformado pela ação humana. Os agentes são aqueles que executam o trabalho, no que lhe concerne, modificam a natureza. Os instrumentos são as ferramentas e matérias empregados para transformação da natureza, e podem ser utensílios manuais ou os conhecimentos necessários para a aplicação do trabalho. A finalidade é o propósito do trabalho, dando razão para a existência do mesmo. Métodos são intervenções e condutas organizadas aplicadas pelos agentes no objeto com instrumentos para realizar o trabalho de maneira que cumpra a finalidade e por fim gere um produto. O produto é o que se obtém no final do trabalho e podem ser identificados por causarem efeitos⁸.

Desse modo, os acadêmicos durante o acompanhamento no setor, identificaram os componentes do processo de trabalho no Programa do Hiperdia da seguinte forma: objeto são os pacientes da Policlínica que experimentam uma intervenção no seu processo de cuidado, sendo estes acolhidos e atendidos por livre demanda; agentes que são os enfermeiros e técnicos que trabalham no setor em turnos de manhã e tarde; estes agentes no desenvolvimento das atividades utilizam diversos instrumentos, não só os artefatos físicos, senão também o conhecimento, habilidades e atitudes; observou-se a utilização de esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, fichas de cadastro que é

utilizada para acompanhar aos pacientes com diagnóstico de HAS e DM; fichas de controle/fornecimento de insumos, o livro de ordem e ocorrência preenchido no dia a dia pelo enfermeiro; os métodos se referem ao conjunto de ações realizadas pelo profissional para que o cuidado do paciente seja de forma integral, sendo assim se inicia o cadastro do cliente no setor, mediada pela educação em saúde que consiste em orientações de maneira clara e objetiva, para isto o setor conta com cartazes e panfletos explicativos sobre a doença, complicações, com temas relacionados a: cuidados com os pés, rodizio dos locais de aplicação da insulina para se evitar a lipodistrofia, dosagem certa, horários de administração, uso correto do glicosímetro e a importância do controle da glicose; outras informações estão relacionadas aos medicamentos orais, e orientações sobre ser parte ativa de seu autocuidado, assim como a participação de outros profissionais da equipe no cuidado integral.

Além disso, observaram-se diversas estratégias de gestão utilizadas pela enfermeira, destaca-se: o planejamento, execução e supervisão das diversas atividades, entre elas a promoção da saúde, realizada através de campanhas e consultas, onde se fornece orientação e reeducação dos pacientes sobre os seus processos de adoecimento. Entre suas atividades o profissional é responsável pelo armazenamento e distribuição de insumos, registro de enfermagem, preenchimento dos diversos instrumentos, que possibilitam ao profissional tomada de decisão para o alcance dos objetivos, ou seja, assistência integral de forma segura e livre de riscos tanto para o paciente como para os profissionais.

Essas experiências reforçam a nossa perspectiva sobre o processo de trabalho do enfermeiro, sendo assim, fica clara a importância dessa vivência nesse setor, pois mesmo categorizando os componentes desse processo experienciamos as descobertas do foco principal da organização da assistência, visando a satisfação e necessidade da clientela assistida. Exigindo dos profissionais competências e habilidades para o planejamento e implementação das estratégias adequadas no contexto da atenção básica.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Niterói oferece uma rede de assistência à saúde que se divide em atenção básica, secundária e terciária, e como singularidade oferece o Programa Médico de Família (PMF) que se conecta a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ademais, oferece policlínicas e hospitais de alta complexidade. As policlínicas regionais são centros de gestão regional para o planejamento de ações em saúde, exames complementares, diagnósticos para o desenvolvimento de ações intersetoriais e descentralização de serviços especializados⁹.

Na dinâmica de atendimento ao usuário atendido no setor do Programa de Hiperdia da Policlínica observada, faz-se o cadas-

tro na recepção e a pré-consulta pelo enfermeiro, após, o usuário é encaminhado para consulta médica e orientado a realizar exames, assim, caso se enquadre, será cadastrado no setor do Programa de Hiperdia. Uma vez cadastrado, o usuário recebe: fichas de mensuração diária de sua patologia, orientações sobre o funcionamento do programa e orientações - educação em saúde - instrumento fundamental para qualificar a assistência, estas ações objetivam capacitar usuários ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e da saúde da população, pelo estímulo e a reflexão crítica das causas dos seus problemas, bem como, das ações necessárias para a sua resolução¹⁰.

Na unidade, o programa possui três técnicos de enfermagem e dois enfermeiros, que se organizam para que todos os dias se mantenha o processo de trabalho, que se dá por meio de uma escala feita pela chefia. É sabido que o dimensionamento de pessoal de enfermagem é definido como um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de profissionais necessários para promover a assistência¹¹, assim a aplicação do dimensionamento de profissionais de enfermagem no setor do Programa de Hiperdia se faz necessário para organização institucional e também para evitar sobrecarga e esgotamento profissional¹².

O dimensionamento de profissionais além de evitar sobrecarga dos colaboradores ajuda a identificar os pontos de maior fragilidade do processo de trabalho, tendo em vista que diferentes olhares contribuem para evidenciar a falta de planejamento das necessidades de recursos materiais e humanos, falhas no sistema de reposição ou falta de comprometimento de profissionais responsáveis pela execução das atividades/intervenções nas diversas etapas do processo de trabalho¹³.

São utilizados como instrumentos: ficha de entrada e saída de materiais (seringas, lancetas e fitas); ficha de fornecimentos de insumos para teste de glicemia; ficha de controle de pressão arterial e glicemia no setor do Programa de Hiperdia; ficha de cadastramento e recadastramento de pacientes; ficha de retirada de insumos e retorno ao setor e a planilha de controle mensal de insumo do programa, para facilitar organização do processo de trabalho da equipe. Além disso, também é usado o livro de ordem e ocorrência da enfermagem como registro inicial e final das atividades do dia e anotações de problemas, caso tenham acontecido.

Os instrumentos são ferramentas gerenciais fundamentais para a organização e avaliação dos serviços de saúde/enfermagem tendo em vista que através desses documentos pode-se ter noção dos acontecimentos do setor. Ademais, esta ferramenta sendo bem elaborada contribui para a melhoria dos resultados esperados e crescimento profissional¹⁴.

O enfermeiro que atua no Programa também é responsável por inserir no sistema de informações ambulatoriais (SiaSUS)

com vistas a justificar os gastos de insumos diários, além de, comprovar a sua produtividade e da equipe. Dentre as finalidades do programa, destacam-se: a realização do cadastro e acompanhamento da situação das pessoas com HAS e DM em todo o país; a geração de informações fundamentais para os gerentes locais, gestores das secretarias e Ministério da Saúde; a disponibilização de informações de acesso público com exceção da identificação do portador; e envio dos dados ao Sistema de Cadastramento de usuários do SUS-CadSUS.

Nessa perspectiva, o enfermeiro faz parte da construção/manutenção desse setor, tendo em vista que a assistência de enfermagem possibilita avaliar as necessidades do usuário com comorbidade, assim como as variáveis que interferem na sua adesão terapêutica, favorecendo uma abordagem mais precisa e próxima da realidade.

Por sua vez, a qualidade dessa assistência pode ser influenciada por fatores que incluem dificuldades pessoais, estruturais e organizacionais¹⁵. Os desafios encontrados no setor, foram direcionados a recente troca da enfermeira responsável pelo setor do Programa de Hiperdia, assim, ainda há o que ser aprendido e implementado.

O setor do Programa de Hiperdia proporciona o acompanhamento de comorbidades importantes, dessa forma, se faz necessário estar presente na APS para ficar mais próximo do usuário e produzir resultados satisfatórios¹⁰. Durante a visita a esse setor, foi observado além dos componentes do processo a implementação de rotina, instrumentos, organização de registros de enfermagem e implementação de controle diário de atendimento e além do relacionamento enfermeiro-paciente. Esta relação contribui para que o cuidado possa ser realizado de acordo com a necessidade do usuário.

LIMITAÇÕES DA EXPERIÊNCIA

O estudo por se tratar de relato de experiência não se pode considerar que todos os setores de Programas de Hiperdia são gerenciados como o da Policlínica Regional observada. Além disso, o setor apresenta uma grande demanda, o que favorece para mudanças constantes de estratégias gerenciais para o alcance dos objetivos.

Contribuições para A Prática

Conhecer novas formas de gerenciar contribui para a disseminação de estratégias cabíveis de serem aplicadas na APS. O setor do Programa de Hiperdia requer constantes modificações tanto da parte clínica como gerencial, dessa forma, estudos como esse favorecem a divulgação de ideias que possivelmente facilite a implementação ou renovação de outros setores de Programas de Hiperdia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O setor do Programa do Hiperdia se mostra de grande importância para a Policlínica ofertando um atendimento humanizado e dentro das perspectivas do SUS. Ao coordenar esse setor, o enfermeiro garante acolhimento e acompanhamento das comorbidades, abordadas no Programa de Hiperdia, de forma preventiva para a diminuição de complicações. Um adequado e organizado processo de trabalho desse profissional torna-se importante devido ao contato direto com o usuário e sua atuação no acolhimento, dispensação de insumos e na organização das atividades.

Os enfermeiros devem estar preparados para serem gestores, pesquisadores, educadores e prestadores de assistência, pois são estes pilares que constroem o processo de trabalho da

enfermagem. Dessa forma, observa-se que o gerenciamento do setor do Programa de Hiperdia deve ser sempre inovador, e a cada demanda, deve-se ser pensado intervenções para solucionar os possíveis problemas.

Durante a investigação da literatura para formulação deste estudo, notou-se escassez de pesquisas voltadas para parte gerencial do setor do Programa de Hiperdia, evidenciando que se deve ser estimulado novos trabalhos na área, tendo em vista que o enfermeiro responsável por esse setor necessita estar munido de conhecimentos teórico-prático para exercer tal função.

Contribuição dos Autores: Trabalharam na concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados e redação do artigo: Ribeiro GMMR, Silva JVL, Sanchez MCO. Na revisão crítica e revisão final: Sanchez COM, Moraes ÉB, Valente GSC.

REFERÊNCIAS

1. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018, 23(3):861-870. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n3/861-870/>.
2. Mattos JCO, Balsanelli AP. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Enferm. Foco*. 2019; 10 (4): 164-171. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2618/621>.
3. Silva MR, Chini LT, Silva TO, Martinez MR, Sanches RS. Competências dos profissionais técnicos de enfermagem: o que esperam os enfermeiros gestores? *Enferm. Foco* 2018; 9 (4): 66-70. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1335>.
4. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurogant P. Gerenciamento em enfermagem. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
5. Serpa EA, Lima ACD, Silva ACD. Terapia ocupacional e grupo hiperdia. *Cad. Bras. Ter. Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2018, 26 (3):680-691. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n3/2526-8910-cadbto-26-03-00680.pdf>.
6. Ministério da Saúde (BR). Hiperdia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Departamento de Informática do SUS, 2019. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/hiperdia/cnv/hdddescr.htm>.
7. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, Barros MBA. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2017;51 Supl 1:4s. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf
8. Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* mar-abr; 2007, 60(2):221-4. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>.
9. Pereira SEA, Costa D, Penido R, Batista ANS, Calheiros A, Ferreira CV, Tavares JW, Marins RB, Messias YJ. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. *Ciência&Saúde* 2017;10(4):213-219. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/26446/16010>.
10. Nascimento MA, Almeida SCB, Cosson ICO, Santos JA. Assistência De Enfermagem No Programa Hiperdia: Relato De Experiência Do Estágio Supervisionado. *CuidArte Enfermagem.* 2017, 11(1): 231-238. Available from: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v2/231.pdf>.
11. Paula RCC, Rodrigues MA, Santana RF. Dimensionamento do pessoal de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos. *Enferm. Foco* 2018; 9 (1): 25-xx. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1813/422>.
12. Bauer JC, John E, Wood CL, Plass D, Richardson D. Data Entry Automation Improves Cost, Quality, Performance, and Job Satisfaction in a Hospital Nursing Unit. *JONA*, 2020, 50(1). Available from: https://journals.lww.com/jonajournal/FullText/2020/01000/Data_Entry_Automation_Improves_Cost_Quality_9.aspx.
13. Sombra ICN. *Enfermagem Moderna: Base de Rigor Técnico e Científico* 6. Ponta Grossa, PR: Atena Editora. 2020.
14. Oliveira SA, Almeida ML, Santos MF, Zilly A, Peres AM, Rocha LR. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. *Rev. Adm. Saúde.* 2017, 17(69). Available from: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/64/89>.
15. Santos AL, Silva EM, Marcon SS. Care for people with diabetes in the hiperdia program: potentials and limits from the perspective of nurses. *Texto Contexto Enferm.* 2018; 27(1):e2630014. 2018. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/en_0104-0707-tce-27-01-e2630014.pdf.

ESTRESSE PSICOSSOCIAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS À LUZ DOS ESTRESSORES DE NEUMAN

Laércio Deleon de Melo¹

Ana Francis Moura Fernandes Shubo²

Loiane Aparecida de Freitas Silva³

Josilene Sobreira Rodrigues³

Isabella Lima Silva Teixeira³

Giane Aparecida Delfino Neves³

Denicy de Nazaré Pereira Chagas¹

<http://orcid.org/0000-0002-8470-7040>

<http://orcid.org/0000-0003-4020-246X>

<http://orcid.org/0000-0002-0454-7244>

<http://orcid.org/0000-0003-4519-1069>

<http://orcid.org/0000-0002-9572-2385>

<http://orcid.org/0000-0002-0065-8115>

<http://orcid.org/0000-0001-5928-4384>

Objetivo: discutir as representações sociais do estresse psicossocial de hipertensos à luz dos estressores de Neuman. **Método:** investigação qualitativa delineada na abordagem processual da Teoria das Representações Sociais, realizado numa Unidade Básica de Saúde em Minas Gerais, Brasil, com 30 participantes hipertensos. Coletado dados de caracterização e entrevistas individuais gravadas, a partir de questões norteadoras. Tratamento de dados com análise de conteúdo, com apoio em softwares *SPSS versão 24* e *NVivo Pro11*. Atendidos todos os aspectos ético-legais de pesquisa. **Resultados:** elencadas duas categorias: 1) Percepções dos estresses diários nas atividades laborais e relações cotidianas; 2) Enfrentamento dos estressores psicossociais e suas repercussões sobre a saúde cardiovascular. **Conclusão:** as representações sociais do estresse psicossocial foram reconhecidas como influenciáveis sobre a hipertensão e oriundas dos estressores identificados cotidianamente, os quais devem ser controlados pela enfermagem.

Descritores: Enfermagem Cardiovascular; Hipertensão; Estresse Psicológico; Teoria de Enfermagem; Psicologia Social.

PSYCHOSOCIAL STRESS AND SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION: SOCIAL REPRESENTATIONS IN THE LIGHT OF NEUMAN STRESSORS

Objective: To discuss social representations of psychosocial stress in hypertensive patients in light of Neuman's stressors. **Method:** Qualitative research outlined in the procedural approach of the Theory of Social Representations, conducted in a Basic Health Unit in Minas Gerais, Brazil, with 30 hypertensive participants. Collected characterization data and individual interviews recorded from guiding questions. Data analysis with content analysis supported by *SPSS version 24* and *NVivo Pro11*. Met all ethical and legal aspects of research. **Results:** Two categories are listed: 1) Perceptions of daily stress in work activities and daily relationships; 2) Coping with psychosocial stressors and their repercussions on cardiovascular health. **Conclusion:** the social representations of psychosocial stress were recognized as influential on hypertension and derived from stressors identified daily which should be controlled by nursing.

Descriptors: Cardiovascular Nursing; Hypertension; Stress, Psychological; Nursing Theory; Psychology, Social.

ESTRÉS PSICOSOCIAL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA: REPRESENTACIONES SOCIALES A LA LUZ DE LOS ESTRESORES NEUMANOS

Objetivo: Discutir las representaciones sociales del estrés psicossocial en pacientes hipertensos a la luz de los estresores de Neuman. **Método:** Investigación cualitativa descrita en el enfoque procesal de la Teoría de las Representaciones Sociales, realizada en una Unidad Básica de Salud en Minas Gerais, Brasil, con 30 participantes hipertensos. Datos de caracterización recopilados y entrevistas individuales registradas a partir de preguntas orientadoras. Análisis de datos con análisis de contenido compatible con *SPSS versión 24* y el software *NVivo Pro11*. Cumplió con todos los aspectos éticos y legales de la investigación. **Resultados:** Se enumeran dos categorías: 1) Percepciones del estrés diario en las actividades laborales y las relaciones diarias; 2) Hacer frente a los estresores psicossociales y sus repercusiones en la salud cardiovascular. **Conclusión:** Las representaciones sociales del estrés psicossocial fueron reconocidas como influyentes en la hipertensión y derivadas de estresores identificados diariamente que deben ser controlados por la enfermeira.

Descritores: Enfermería Cardiovascular; Hipertensión; Estrés Psicológico; Teoría de Enfermería; Psicología Social.

¹Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (FACENF-UFJF).

²Sociedade Brasileira de Psicanálise Juiz de Fora.

³Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, MG, Brasil.

Autor Correspondente: Laércio Deleon de Melo Email: laerciodl28@hotmail.com

Recebido: 05/12/19 Aceito: 06/4/20

INTRODUÇÃO

A mortalidade pelas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) corresponde a 63% da mortalidade mundial e afeta predominantemente os países em desenvolvimento, sendo 1/3 dos óbitos ocorridos entre pessoas com idade ≤ 60 anos, enquanto que nos países desenvolvidos esta mortalidade prematura (30-69 anos) corresponde a $<13\%$ dos casos.¹⁻²

Elas representam 74% da taxa de mortalidade brasileira com destaque para as Doenças Cardiovasculares (DCV) (29,7%), neoplasias (16,3%), doenças respiratórias crônicas (5,9%), Diabetes Mellitus (5,1%) e outras (15%). Estas DCNT acometem todas as camadas socioeconômicas, especialmente grupos vulneráveis (idosos, renda e escolaridade baixas) e agravam as limitações/incapacidades físico-funcionais, reduzindo a qualidade de vida.¹⁻²

No Brasil, o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT (2011-2022) estabeleceu ações e as metas de reduzir a mortalidade prematura em 2% ao ano e controlar os fatores de riscos. Esta iniciativa foi corroborada pela Assembleia Mundial da Saúde de 2013, que aprovou o plano de ação global, firmando compromisso dos países envolvidos em prol da redução de 25% da probabilidade de morte prematura por DCNT (2015-2025).² Cabe mencionar ainda que a DCV é a principal causa de mortalidade mundial e no Brasil (37%), aumentando as incapacidades ajustada por anos de vida.³⁻⁴

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), um dos fatores de risco relevantes para o surgimento das cardiopatias, devido suas características sindrômicas, manifestações clínicas próprias e origem multifatorial, acomete cerca de 36 milhões de brasileiros adultos (32,5%), 60% dos idosos e é responsável por 50% da mortalidade mundial (9,4 milhões).⁵⁻⁶ Os fatores de risco para a HAS podem ser modificáveis: alimentação, sedentarismo, sobrepeso, hipercolesterolemia, DM, tabagismo, etilismo, hipernatremia/hipocalemia; e/ou não-modificáveis: estresse psicossocial, prematuridade, baixo peso ao nascer, histórico familiar, doença renal crônica, envelhecimento, baixa renda, sexo masculino e apneia do sono.⁶⁻⁷

O estresse psicossocial está vinculado ao estresse oxidativo, que é apontado como fenótipo intermediário no desenvolvimento da HAS, sendo considerado um possível gatilho no desencadeamento do desequilíbrio autonômico, capaz de ocasionar aumento da atividade simpática na pessoa hipertensa e até em seus descendentes.⁸

As pessoas convivem cotidianamente com situações estressantes que, direta ou indiretamente estão ligadas às relações interpessoais e laborais, justificando sua

caracterização como grupo socialmente constituído, uma vez que compartilham comportamentos/attitudes, conhecimentos/informações, valores/afetos, objetos/imagens sobre a HAS.⁹ Por isso, as representações sociais do estresse psicossocial entre hipertensos são definidas como objetivo de investigação no presente estudo.

Nesse contexto, ao atuarem sobre variáveis psicofisiológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais, os estressores são concebidos como uma situação capaz de perturbar a estabilidade natural, causando diferentes reações nas pessoas.¹⁰ Assim, optou-se pela abordagem processual da Teoria das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico-metodológico¹¹, e sua associação com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman foi justificada pela perspectiva multidimensional, na qual as pessoas cotidianamente interagem com estressores intrapessoais, interpessoais e transpessoais, tornando-se capazes de modificar comportamentos e formas de adaptação aos mesmos.¹⁰

Diante do exposto, o estudo objetivou discutir as representações sociais do estresse psicossocial de hipertensos à luz dos estressores de Neuman.

MÉTODO

Tipo de estudo

Investigação qualitativa delineada na abordagem processual da Teoria das Representações Sociais¹¹, à luz da Teoria de adaptação dos sistemas de Neuman.¹⁰

Participantes da pesquisa

A população do estudo foi composta por hipertensos pertencentes a um cadastro prévio de usuários adstritos a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma macrorregião de saúde de Minas Gerais, Brasil, referência no ensino e no atendimento de saúde.

Foram critérios de inclusão: pessoas com idade ≥ 18 anos, hipertensas, com nível de cognição compatível com abordagem de entrevista individual em profundidade. Foram excluídos: aqueles que adiaram a entrevista por \geq três agendamentos totalizando-se 10 perdas.

A amostra foi constituída por conveniência e incluiu 30 hipertensos que aceitaram participar da investigação.

Local do estudo

A investigação ocorreu numa UBS tradicional localizada na zona sul do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, em ponto estratégico para o atendimento dos três bairros, conforme região sanitária de saúde. A população atendida é de, aproximadamente, 1.400 pessoas, cujo perfil de renda é majoritariamente baixo, com rendimento médio de 1,86 salários mínimos para o chefe da família, justificado pelo perfil de trabalho que envolve servidores municipais e

trabalhadores no mercado (in)formal.¹²

A UBS oferece os serviços de clínica geral, pediatria, ginecologia e assistências (medicina, enfermagem, odontologia, farmácia e agente de endemias), conforme demanda, segundo modelo tradicional da rede de Atenção Básica (AB).¹² Cabe mencionar que o número de pacientes portadores de DCV/HAS cadastrados e em acompanhamento pela unidade correspondia a 98 pessoas, conforme relação disponibilizada pela gerente da unidade de saúde.

Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu durante a consulta de enfermagem realizada com as pessoas hipertensas, conforme recomendações nacionais, protocolo municipal e rotina de atendimentos da UBS.

Foi utilizado um instrumento estruturado em três partes: 1) caracterização sociodemográfica, profissional e econômica e, descrição de hábitos de vida; 2) entrevista individual em profundidade com gravação de áudio e; 3) diário de campo.

O processo de coleta de dados ocorreu entre setembro-novembro de 2019 e teve duração média de uma hora por paciente. Foi realizado no consultório de enfermagem da UBS (ambiente de consulta de enfermagem), pós-agendamento prévio, respeitando horário compatível ao binômio participante/pesquisadores. Houve treinamento prévio dos pesquisadores envolvidos para a realização das entrevistas individuais em profundidade, conforme requerido pela TRS.

Foram questões norteadoras: 1) Você considera algo estressante em sua vida, profissão/ocupação ou convivência com as pessoas?; 2) Você acha que os estresses do dia-a-dia influenciam sobre a pressão arterial?; 3) Que atividades do seu dia-a-dia você realiza para aliviar o estresse e com que frequência realiza? Todas as perguntas foram sucedidas pela expressão “por quê?”, visando a captação das respectivas justificativas.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados de caracterização foram tratados em software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24 e analisados com estatística descritiva (tendência central e dispersão).

Os conteúdos discursivos foram transcritos na íntegra e analisados, segundo o conteúdo, operacionalizado nas etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) resultados, inferência e interpretação.¹³ Utilizou-se o software *NVivo Pro11*®, com categorias construídas, de modo a contemplar as dimensões comportamental/atitudinal, cognição/informação, valorativa e objetiva, e

as origens representacionais¹¹, que foram aproximadas aos estressores intrapessoais, interpessoais e transpessoais¹⁰, sendo as categorias definidas a priori conforme análise de conteúdo temático-categorial, na qual o adensamento teórico confirmado pela correlação de Pearson $\geq 0,7$.

Procedimentos éticos

O estudo atendeu a todos os requisitos ético-legais de pesquisas com seres humanos e integrou uma investigação matriz intitulada “Representações Sociais de Usuários da Atenção Primária a Saúde sobre Doença Cardiovascular: Evidências para o Cuidado de Enfermagem”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Parecer Consubstanciado nº 3.466.543, de 27/07/19. Solicitou-se aquiescência dos participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi assegurado o anonimato, com códigos alfanuméricos três dígitos (ex: P12).

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica dos participantes segundo predominância foi de: mulheres 16 (53,34%); idade média de 62,53 anos (variabilidade de 18 a 90 anos); cor de pele autodeclarada - 15 (50%) pardos e 12 (40%) brancos; estado civil - 17 (57,67%) casados e 20 (66,67%) tinham companheiros; média de dois filhos e três netos; 20 (66,67%) residiam com o conjugue ou filhos. Quanto ao auxílio nos cuidados diários, dez (33,34%) participantes contavam com a ajuda do conjugue e dois (6,66) tinham o apoio dos filhos. A religião informada foi de 16 (53,34%) católicos e 12 (40%) evangélicos, sendo que 19 (63,34%) exerciam a prática religiosa semanalmente.

Em relação à caracterização profissional e econômica dos participantes observou-se: escolaridade média 6,66 anos de estudo (variabilidade de 0 a 16 anos); profissões exercidas - 11 (36,67%) comerciantes e 10 (33,33%) serviços domésticos; 16 (53,34%) aposentados, sendo o tempo de benefício médio 10,23 anos (variabilidade 0 a 69 anos); nove (30%) pensionistas, sendo o tempo de benefício médio de 4,63 anos (variabilidade de 0 a 50 anos); renda média de 1,5 salários mínimos (variabilidade de zero a cinco mil reais); e número médio de um dependente financeiro (variabilidade 0 a 3 pessoas).

Na análise de conteúdo temático-categorial foram elencadas duas categorias discursivas: Percepções dos estresses diários nas atividades laborais e relações cotidianas; e Enfrentamento dos estressores psicossociais e suas repercussões sobre a saúde cardiovascular (Figura 1).

Figura 1 - Esquema representativo da análise de conteúdo. JF, MG, Brasil, Abril/2020.

Essa	Fontes	Fragmento de discursos exemplificativos segundo dimensões representacionais	Demograma e Gráfico de Circulo
Estressores Intrapessoais	19 (8,8%)	<p>Categoria 1: Percepções dos estresses diários nas atividades laborais e relações cotidianas</p> <p>COMPORTAMENTAL E ATTITUDINAL: ... Bem! a gente quer resolver, eu quero resolver! O mais rápido possível... quando eu vou ver, lembro que eu tenho companhia. P17 Tem hora que eu vou com uma cozinheira de nada já me estressa. P18 O tempo que eu estarei ali (para a consulta), eu sou ansiosa... Eu já começo o dia assim, com tudo corridinho. P20</p> <p>COGNITIVA E INFORMATIVA: Mas, isso altera minha pressão, meu humor, agora não me chama de gordã não, pelo amor de Deus eu fico nervosa mesmo. P21 A contrariedade e você insatisfeita com a vida (é estressante) o sono também é tudo! P23 A pressão sobre se você ficou meio deprimida. P26 As vezes sei que a pressão está alta, se tem alguma situação que me leva a ficar estressado a minha cabeça já altera, então é isso que minha pressão está alta! P29 Porque até então não tinha (pressão alta) e devido ao sistema que eu fui usada, estressada pode ser acamada, porque até então não tinha nada. P28</p> <p>VALORATIVA: Oh! Eu vou te falar uma pura verdade, tem um tempo que eu não tenho alegria não. P12 Por exemplo, ser motorista é uma arte. Isso aí é uma coisa que se eu pudesse fazer até morrer eu faria. P16</p> <p>OBJETIVAL: Me dou bem com todo mundo, graças a Deus. Os vizinhos são todos amigos. P16 Porque qualquer coisa minha família começa a doer, fico até tenendo... P18</p>	<p>Percepções dos estresses diários nas atividades laborais e relações cotidianas</p> <p>Enfrentamento dos estressores psicossociais e suas repercussões sobre a saúde cardiovascular</p> <p>Tratamento</p> <p>Familiar ComportAtitude própria Colega Profissional Valores ConheInformação</p> <p>LEGENDA: 1. Dimensões comportamental e atitudinal. 2. Dimensões informativa e cognitiva. 3. Dimensão valorativa. 4. Dimensão objetiva. 5. Origens próprias. 6. Origens familiares. 7. Origens coletivas/conhecidas. 8. Origens amigos. 9. Origens profissionais. 10. Origens o tratamento.</p>
Estressores Interpessoais	20 (9,1%)	<p>COMPORTAMENTAL E ATTITUDINAL: A gente dorme em cama separada... eu não acho isso certo, você tem uma mulher, não é só pra sexo, você tem uma mulher pra ser companheira pra vida... Porque a minha filha por conta da ignorância, não vai ao meu quarto atender a mãe dela. Ela disse: a senhora pode morrer lá, que eu não vou! P1 Eu não gosto assim de muito contato (com outras pessoas). P16 Sou bem tranquilo, igual meu filho quando me trazer de carro aqui, na subida, eu fliar, não! Eu vou a pé, eles são tranquilos. P21</p> <p>COGNITIVA E INFORMATIVA: Porque, já aconteceu uma vez de eu ter umas tonturas... eu encostava na máquina e fazia, até o dia em que uma colega falou: Você já viu a sua pressão? Quando eu fui ver simplesmente: 16x10. Então é sobrecarga. P17</p> <p>VALORATIVA: E muito ruim você ter uma pessoa dentro de casa... ter cinco pessoas em casa, e ter um que você não conversa! P14 Eu só parei de fazer (ser motorista) porque o médico proibiu, fôlo, não, você vai ter um problema... Não só você vai morrer... vai subir em cima de uma automotível e matar uma família. Um objeto é insuperável a vida não! P18</p> <p>OBJETIVAL: Se meu esposo beber. Ele fica muito chato, jesus amado, 15 dias de casado até 55 anos. Ele nunca parou de beber. P30 Tudo quanto é família todo mundo (é estressante), o bom é assim: vejo você e nunca mais vou ver você de novo! É ótimo! P16</p>	<p>COMPORTAMENTAL E ATTITUDINAL: Eu acho que o defeito está em mim, então eu me retiro com a minha insignificância. P16 Ai vou falar com meu esposo, ah não, você está muito chata, aí fôlo não é, as vezes, me sobe um negócio assim. (...) Eu fôlo muito nervosa, às vezes, quero descaçar naquela hora, aí ficam meu meio chaga, aí gritando, aí mandando ele calar a boca... já me estressa. Eu fôlo até temendo! P18 As vezes, ... eu vou aí dar uma mão nele, tábado (no bar), dia de semana, quando ele precisa. P121 Muito (estressante), porque é muita fôlôção na minha cabeça o dia inteiro, muito contato com gente, telefone o dia inteiro. P28</p> <p>COGNITIVA E INFORMATIVA: Então, assim, a gente tem que saber entender a outra pessoa, raciocinar melhor, e ver essa situação... Porque é complicado! P17 A Dm. A fôlo uma vez compor: a hora que você fôlo assim, você pega um comprimido pra tomar, um remédio de tanta praça como se fosse o diazepam e coloca entubado da língua no período de revolta. De vez em quando eu fôlo. P18</p> <p>VALORATIVA: Me dou bem com minha família. Só tem uma lá que me roubou uma casa... Então! Eu tinha uma casa na herança. A minha sobrinha, vendeu a casa sem me falar nada. Ela roubou! ... Essa é única situação que eu tenho! P12 Ah! Eu fôlo ansiosa pra chegar a tarde, para eu ver o meu filho. Eu fôlo esperando ele, aí ele não aparece e eu fôlo triste. P14 Adoro o que eu fôlo! Adoro ir para o hospital cuidar de uma pessoa, fazer sal-galatos, comida... O meu prazer é ver os outros comerem. P25</p> <p>OBJETIVAL: Eu moro ... em um salão que minha querida deu pra viver. Então, é muito pequeno. P18</p>
Estressores Transpessoais	14 (6,4%)	<p>COMPORTAMENTAL E ATTITUDINAL: Eu já sou estressada normalmente assim, não de brigar, sou ansiosa! Quero tudo de melhor para todos. P17 Oh, tudo que a gente faz com amor às vezes a gente passa, ultrapassa dos limites trabalho demais às vezes, dá a mania e vou parar no outro dia, mas eu sinto bem, entendeu? P19</p> <p>COGNITIVA E INFORMATIVA: Porque... quando eu fôlo nervoso, a ansiedade... eu sinto a minha pressão alta. Eu decido que tento eu com fazer emocional, quando eu tinha doze anos eu fui fazer minha primeira entrevista de emprego aí eu fiquei ansioso pra poder começar trabalhar. P12</p> <p>VALORATIVA: Eu sempre estava trabalhando de segurança a noite e você lidando com público se sentia útil! P12 Minha filha mudou-se para longe, por 24 anos morou comigo. Então! fôlo mais longe e a gente nunca está se vendo né? P22</p> <p>OBJETIVAL: É estressante e às vezes pelo fôlo de eu me esquecer de tomar medicação é mais estresse ainda, fora o que já vem apresentando né? P17 Porque eu tinha uma vida muito ativa, sempre trabalhei em dois a três serviços. Eu trabalhava de oito às dezessete... e lá pra academia, ficava lá duas horas. P12</p>	<p>COMPORTAMENTAL E ATTITUDINAL: Então se alguma coisa está dificultando eu pan, reconheço mais tarde ou amanhã. Então assim: Não moro por hora, porque tem pessoas que se ele marcar contigo 2h, ele vai chegar 2h, eu não cedo e se não der para chegar não preocupo também. P19 Convinência com as pessoas da comunidade, e é grelh, por xadrez todo dia, e convivera comunidade todo dia... P15</p> <p>COGNITIVA E INFORMATIVA: Quando eu cheguei no médico admissional da firma que eu fui fazer exame, ele fôlo de cara sua pressão está meio alta, vai pra casa e toma este remédio amanhã, você vota. P12</p> <p>VALORATIVA: O que me deixa estressada é eu não estar trabalhando. Porque ser do lar, até mesmo quando eu não tinha ela (filha), eu tranquilizo para mim. P15 Eu trabalhei muito tempo como metalúrgico, depois eu continuei fazendo serviço de garçom, aí depois tive que parar, eu parei, sabe, mas eu sinto falta de pegar todo dia, assim trabalhar mesmo. P21 Mas, decido que eu estrei para greja eu mudr recém-nascido (meus estressado), graças a Deus. P28</p> <p>OBJETIVAL: O único estresse que eu tenho é se eu não tiver dinheiro nenhum no bolso, porque às vezes que eu tenho dinheiro na mão dos outros para receber e quando ele não chega, aí é complicado. P19 E muito estressante! porque eu ainda não tenho minha casa direito, minha casa caiu, é difícil pra construir... P18 Conversando com psiquiatra. Ele disse: não, sua ansiedade é boa, porque você não devia de fazer o que tem que ser feito. Não me des remédio! P20</p>

Nota: Elaborado pelos autores, a partir do conteúdo extraído do Nvivo Pró11®.

A categoria "**Percepções dos estresses diários nas atividades laborais e relações cotidianas**" retratou conteúdos representacionais sobre percepções de estresse, ansiedade e imediatismo dos participantes, relacionados ao tempo; insatisfações pessoais e situações estressantes oriundas das relações interpessoais e/ou condições estressoras de origens transpessoais que foram percebidas através da observância da presença de irritabilidade ou depressão corriqueiras. Estas foram compreendidas como capazes de alterar a saúde física e mental e elevarem os seus níveis pressóricos. Foram expressos ainda, por vezes, uma ausência da sensação de alegria e externização de um gosto pessoal relacionado a manutenção de atividades ligadas ao trabalho exercido na vida adulta como uma expressão de valor através do sentimento de utilidade e autonomia.

Na categoria "**Enfrentamento dos estressores psicossociais e suas repercussões sobre a saúde cardiovascular**", os estressores intrapessoais apresentaram conteúdos representacionais ligados ao enfrentamento eficaz: prática de caminhadas, estabelecimento de rotinas diárias de atividades, mudança de ambiente ao se sentir estressado, cuidado de plantas e a medida da Pressão Arterial (PA) vinculada ao rastreamento da presença de sinais/sintomas hipertensivos; e como enfrentamento ineficazes: fatores ligados a alimentação, ausência de trabalho, mobilidade física prejudicada, e permanência a maior parte do tempo no ambiente domiciliar, tornando-se assim propensos a situações estressantes e/ou depressivas.

A análise dos resultados dos registros do diário de campo evidenciou que o comportamento social do grupo esteve vinculado às percepções de estressores, ligados a atividades cotidianas e convivências com o grupo sociofamiliar, percebidos por eles como geradores de desconfortos sobre a estabilidade emocional. O enfrentamento dos estressores foi vinculado à percepção de suas origens e, quando não gerenciados, foram vistos como prejudiciais à saúde, capazes de elevarem a PA, prejudicarem as relações interpessoais e reduzirem a qualidade de vida.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico das pessoas hipertensas incluídas neste estudo corrobora com as explicativas do processo natural de feminilização do envelhecimento e da expectativa de vida atual brasileira, sendo que o envelhecimento aumenta a incidência e os custos das DCV.

O número de filhos/netos dos participantes e a identificação da maioria como casados, é justificado pela projeção de um núcleo familiar amplo, como fator de proteção para as adaptações ao processo de envelhecimento e as limitações advindas das síndromes geriátricas e das DCNT.^{1,2}

Uma investigação de delineamento transversal realizada em Pernambuco, Brasil, com amostra composta por 416 pessoas identificou correlação da HAS com a faixa etária ≥ 40 anos ($p=0,000$) e a baixa renda ($p=0,007$), cujo perfil da renda e idade das pessoas estudadas são equivalentes aos resultados desta investigação.⁵

O estresse psicossocial é um dos fatores de risco para a HAS, que afeta mais de 90% da população mundial e cerca de 70% dos brasileiros, podendo ocasionar alterações pressóricas consideráveis e envolver qualquer força/experiência capaz de romper o equilíbrio psicológico ou homeostático.¹⁴ Nesse caso, a estimulação do sistema nervoso simpático é vinculada a uma inibição do parassimpático, que ativa uma cascata de reações em cadeia, aumentando o fluxo sanguíneo, através da liberação de hormônios do estresse (adrenalina, noradrenalina e cortisol) e estimulando a taquicardia e vasodilatação muscular e cerebral.¹⁴⁻¹⁶

O estresse possui alta incidência, sendo maior entre mulheres. Possíveis explicativas apontam para a tripla jornada de trabalho, que diminui o tempo de lazer e impossibilitam momentos de relaxamento. Cabe mencionar que elevações pressóricas consideráveis foram observadas quando a pessoa hipertensa expressava, de maneira direta, seus sentimentos, sendo o estresse retratado como um sintoma de doença, ou ainda, como o agente causador desta.¹⁷

Neste sentido, o estresse pode ser concebido como a soma de repostas físicas e mentais, causadas por determinados estímulos internos/externos (estressores) que, quando gerenciados de modo eficaz, permitem à pessoa superar determinadas exigências do meio ambiente, assim como o desgaste físico e mental, resultante do processo.^{10,16}

Os estressores interpessoais retrataram os conflitos conjugais como condição que afetam negativamente a qualidade de vida e as relações familiares, ocasionando o estresse psicossocial contínuo, sendo o mesmo reforçado nos discursos presentes na dimensão valorativa e objetiva, ao retratarem conflitos familiares (desengajamento) e o alcoolismo do cônjuge como causadores de situações estressantes. O eti-

lismo, retratado por 40% dos participantes foi considerado como uma estratégia para enfrentamento do estresse e uma “válvula de escape”, corroborada pelos registros do diário de campo.

A literatura aponta que, se o estresse for contínuo/intenso, pode gerar prejuízos para os sistemas endócrino e imunológico, alterando o metabolismo lipídico, ocasionando HAS e taquicardia, aumentando o consumo de oxigênio miocárdico e, em consequência, reduzir o ritmo cardíaco e a resistência vascular periférica, aumentando a incidência das DVC. Evidências apontam a tensão exercida por condição estressante/ansiosa como fator desencadeante da HAS, que alteram toda a configuração hormonal e sistemática do organismo.¹⁴

No longo prazo, a tensão constante pode contribuir para o surgimento de problemas cardiovasculares. A taquicardia e a hipertensão contínuas, somadas aos níveis elevados dos hormônios do estresse, elevam o risco de eventos hipertensivos, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral.¹⁶

Ainda na dimensão valorativa, a influência do profissional de saúde na orientação ao participante quanto aos riscos para a própria vida e de outras pessoas, caso continuasse a dirigir, foi capaz de sensibilizá-lo a interromper a atividade de motorista, sendo esta explanação dos fatores psicológicos capaz de interferir na instalação de doenças e até mesmo sobre a forma como as pessoas lidam com ela, a partir de autopercepções ou de terceiros.¹⁶

A influência de pessoas que convivem cotidianamente e reconhecem condições de sobrecarga e estresse, retratada na dimensão cognitiva/informativa, foi considerada positiva aos participantes, visto seu caráter orientador. As intervenções psicológicas empregadas a pessoas hipertensas, provenientes de pessoas consideradas importantes, devem ir além do estresse emocional e condições de sobrecarga, podendo interferir sobre a instalação da doença, os conhecimentos que a pessoa tem sobre ela e seus fatores de risco, a adesão ao tratamento e a mudança de hábitos de vida e controle do sobrepeso.¹⁶

No grupo de estressores transpessoais, em todas as dimensões representacionais predominou a descrição de situações relacionadas ao trabalho, profissão ou ocupação, como capazes de significarem sua existência, funcionalidade e utilidade. Nas questões laborais, o estresse é avaliado como negativo e resulta da incapacidade de gerenciar as fontes de pressão no trabalho ou de um *déficit* entre a capacidade de res-

posta eficaz e as demandas apresentadas. O ambiente de trabalho é visto como originário dos estressores e causador das doenças ocupacionais relacionadas às atividades exercidas e às condições insalubres a que eles são submetidos. A prevalência da HAS ocorre entre trabalhadores não especializados, com baixa remuneração e de setores econômicos secundários/terciários.¹⁷

A distância residencial dos filhos foi relatada como fonte de sofrimento, que pode contribuir para o uso contínuo de medicamentos, bem como para o esquecimento na utilização, aumentando o estresse psicossocial. Ao criar estratégias para o controle destes estressores, as intervenções e cuidados devem considerar o sentido dado pela pessoa ao processo de adoecimento e à sua vida (significação).¹⁰

O seguimento relacionado ao estresse transpessoal pode ser vinculado a condições relacionadas às profissões de baixa remuneração (renda menor que dois salários mínimos) e à condição de aposentados/pensionistas, que requerem readaptações constantes. Na concepção transpessoal, o estresse pode ser compreendido como uma relação entre a pessoa e o ambiente, percebida como sobrecarga em seus recursos e que colocam em risco seu bem-estar. Os diferentes modos pelos quais as pessoas apreendem, interpretam e reagem aos estressores condicionam variações na adaptação comportamental e determinam sua identidade e reações, de maneira insatisfatória, desencadeando a HAS.¹⁷

Como as pessoas reagem diferentemente, uma sucessão de eventos estressantes pode ser intolerável para uma pessoa e suportável para outra e, por isso, deve-se considerar as propriedades da pessoa em relação ao ambiente.¹⁶ Ressalta-se que a pessoa estressada pode sentir-se mal consigo mesma, ter pouca produtividade e motivação pessoal, e ter dificuldades em relacionar-se com os outros, aumentando-se os riscos de adoecimento.¹⁶

Toda vez que um processo causador de estresse ultrapassa os limites em intensidade e/ou duração, é considerado uma agressão ao organismo, que pode afetar os sistemas endócrino, metabólico, cardiovascular, imunológico e digestivo.¹⁶

O não enfrentamento pessoal eficaz dos estressores pode ocasionar problemas de saúde, como HAS, doença coronariana, precordialgia e/ou palpitações; ansiedade, agressividade, cansaço mental, raiva e hostilidade, sensação de estado de alerta; depressão,

passividade e expectativas negativas, angústia, dificuldades em expressar sentimentos, apatia, alexitimia; boca seca, sudorese, fadiga, tensão muscular; insônia; epigastria, gastrites/úlceras; dermatoses; imunossupressão; aumento na sensibilidade dolorosa; elevado risco de morte prematura e propensão ao autoextermínio; manifestações clínicas estas decorrentes das reações psicofisiológicas e respostas ineficazes a estressores que ameacem a homeostase.^{16,18}

Dentre os estressores interpessoais emergiram situações relacionadas à convivência intergeracional e sociofamiliar, a conflitos cotidianos e ao gerenciamento destas condições estressantes que, quando não eficazes, exigem intervenções de profissionais de saúde e/ou medicalização, para o controle clínico/terapêutico. Posto isso, cabe destacar que o processo psicológico do estresse é complexo e sua compreensão é afetada por variáveis cognitivas, afetivas e relações sociais. Assim, a reatividade cardiovascular de uma pessoa hipertensa a estressores interpessoais pode variar em função do nível do estressor a que ela está submetida e das características de sua personalidade.¹⁷⁻¹⁸

As representações ligadas ao trabalho, à moradia e à renda relacionadas à dimensão transpessoal apresentaram estratégias de enfrentamento relacionadas à busca pelos profissionais de saúde, medicalização e/ou participação em atividades sociais/religiosas, e o afastamento das situações causadoras do estresse, visando a promoção da saúde e controle da HAS. Nesse contexto, destaca-se que a prevalência de HAS em grupos de trabalhadores ou pessoas que vivem em situações estressantes pode ser até cinco vezes maior do que em pessoas afastadas dessas situações.¹⁶

O controle da HAS requer abordagem multidisciplinar/interdisciplinar, que contemple o controle do estresse e as condições individuais cognitivas e psicológicas.¹⁸ Logo, o enfrentamento do estresse pode ser concebido a partir da capacidade de um estressor desestabilizar as linhas de defesa (flexível, normal e de resistência) e gerar prejuízos à qualidade de vida, mediante a persistência do estressor e ausência de estratégias resolutivas.^{10,18}

Algumas estratégias de adesão a práticas de gestão do estresse em pessoas hipertensas evidenciaram resultados relevantes, envolvendo psicoterapias comportamentais, técnicas de relaxamento, meditação e *biofeedback*, como contribuintes para a redução/controle dos níveis pressóricos, observados de forma iso-

lada ou potencializada pela combinação de técnicas.⁶

Limitações do Estudo: foram encontradas dificuldades pelos pesquisadores em relação à captação dos potenciais participantes, visto que eles não tinham o hábito de participar da consulta de enfermagem, como rotina na instituição cenário de investigação, uma vez que, o modelo de UBS tradicional é visto pelos usuários como uma instituição a ser procurada apenas quando necessário e não como prática preventiva, em fluxo rotineiro de consultas de enfermagem, conforme estabelecido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sugere-se a realização de novas investigações no contexto da AB em áreas com e sem cobertura pela ESF.

Contribuições do Estudo para a Prática: os resultados apresentados podem subsidiar o planejamento do cuidado de enfermagem, a partir da compreensão das respostas e necessidades identificadas socialmente e considerando que, na perspectiva interdisciplinar, o controle dos estressores é alvo de intervenções terapêuticas. São consideradas contribuições ainda o ineditismo dos resultados apresentados no contexto de uma UBS tradicional, reforçando-se a necessidade de novas investigações.

CONCLUSÃO

O estresse psicossocial foi representado como capaz de alterar negativamente o estado de saúde dos participantes hipertensos, sua qualidade de vida e bem-estar.

As origens representacionais foram vinculadas aos estressores identificados nas atividades laborais e relações cotidianas. Estes estressores devem ser controlados por intervenções terapêuticas multiprofissionais/interdisciplinares e práticas holísticas/alternativas, que visem o controle do estresse psicossocial para a promoção da qualidade de vida, com enfoque no nível primário de atenção à saúde, através de medidas preventivas e controle pressórico, no tratamento da HAS.

Contribuição dos Autores: LDM - concepção e/ou desenho do estudo; LDM, AFMFS, LAFS, JSR, ILST, GADN e DNPC - análise e interpretação dos dados, e redação do artigo; LDM, AFMFS, LAFS, JSR, ILST, GADN e DNPC - revisão crítica e aprovação da versão final do artigo.

REFERÊNCIAS

- Malta DC, Andrade SSCDA, Oliveira TP, Moura LD, Prado RRD, Souza MDFMD. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e Regiões, projeções para 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2019; 22:e190030.
- Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCDA, Silva MMAD. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2016; 25: 373-90.
- Précoma DB, Oliveira GMMD, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCDO et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*, 2019; 113(4): 787-891.
- Siqueira ADSE, Siqueira-Filho AGD, Land MGP. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. *Arq Bras Cardiol*, 2017; 109(1): 39-46.
- Santiago ERC, Diniz AS, Oliveira JS, Leal VS, Andrade IMS, Lira PIC. Prevalence of Systemic Arterial Hypertension and Associated Factors Among Adults from the Semi-Arid Region of Pernambuco, Brazil. *Arq Bras Cardiol*, 2019; 113(4): 687-95.
- Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Brazilian Journal of Hypertension*, 2017; 24(1):1-91.
- Whelton PK. et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Jornal do Colégio Americano de Cardiologia*, 2017; 71(19): e127-e248.
- Lopes HF. Hipertensão Arterial: Hypertension: Pathophysiological Aspects, Psychosocial Stress and Food Preference. *Arq Bras Cardiol*, 2019; 113(3): 381-82.
- Sá CP. Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória. 1 ed. RJ: EdUERJ. 2015; 458p.
- Neuman B, Fawcett J. The Neuman Systems Model. 5 ed. Boston: Pearson; 2011. 417p.
- Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia Social. 11 ed. Petrópolis: Vozes; 2015. 408p.
12. Brasil. Plano Diretor. Juiz de Fora MG. Análise Física e Socioeconômica. Acesso em: 05 de Abril de 2020. Disponível em: <http://www.planodiretorparticipativo.pjf.mg.gov.br/pddu/analise3.htm>
13. De Oliveira. Análise de conteúdo temático-categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas in: metodologias de pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria para a prática. 1 ed. Porto Alegre: Moriá, 2016; p.481-511.
14. Dalmazo AL, Fetter C, Goldmeier S, Irigoyen MC, Pellanda LC, Barbosa ECD et al. Stress and Food Consumption Relationship in Hypertensive Patients. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 113(3): 374-80.
15. Lima Jr. E, Neto EL. Hypertension: behavior aspects – Stress and migration. *Rev Bras Hipertens*, 2010; 17(4): 210-25.
16. Lima CM, Muniz-Silva CCS. Interference of emotional factors such as stress on systemic arterial hypertension. *Rev. Cient. Sena Aires*, 2017; 6(1): 17-20.
17. Silva JLL, Lima RP, Taveira RPC, Costa FS, Soares RS. Arterial pressure control for nursing military professionals. *J. res.: fundam. care. online*, 2016; 8(1):3646-66.
18. Figueiredo JO, Castro EEC. Ajustamento Criativo e Estresse na Hipertensão Arterial Sistêmica *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 2015; 21(1): 37-46.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES, FAMILIARES E PROFISSIONAIS COM O TRATAMENTO

Aline Esteves Pacheco¹

Clarice de Lourdes Enes¹

Marco Túlio Resende Clementino¹

Vinícius Silva Belo¹

Sebastião Júnior Henrique Duarte²

Richardson Miranda Machado¹

<https://orcid.org/0000-0002-2741-4719>

<https://orcid.org/0000-0003-2084-0560>

<https://orcid.org/0000-0002-1108-935X>

<https://orcid.org/0000-0003-0183-1175>

<https://orcid.org/0000-0003-3161-9669>

<https://orcid.org/0000-0001-9895-6905>

Objetivo: Avaliar as perspectivas da satisfação dos pacientes acometidos por transtorno afetivo bipolar, seus familiares e profissionais da saúde. **Metodologia:** Estudo transversal com 80 indivíduos de um Centro de Atenção Psicossocial III da região Centro Oeste de Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas, usando as Escalas de Avaliação da Satisfação com os Serviços de Saúde Mental. **Resultados:** Os índices de satisfação apresentaram-se maiores entre pacientes, especialmente no domínio Acolhida e ajuda recebida no serviço [escore 4,66; n = 30 (83,3%)]. Entre os familiares, o maior índice de satisfação foi no domínio Resultados do tratamento [escore 4,66; n = 27 (79,4%)]. O destaque dos profissionais foi na insatisfação, referente ao domínio Condições de trabalho [escore 2,85; n = 7 (70%)]. **Conclusão:** Constatou-se que os pacientes estão satisfeitos com o serviço e suas perspectivas de satisfação são as maiores, seguidos dos familiares e profissionais.

Descritores: Transtorno Afetivo Bipolar, Satisfação do Paciente, Cuidadores Familiares, Satisfação Profissional, Qualidade da Assistência à Saúde.

BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER: ASSESSMENT OF PATIENT, FAMILY AND PROFESSIONAL SATISFACTION WITH TREATMENT

Objective: To evaluate the perspectives of satisfaction of patients affected by bipolar affective disorder, their families and health professionals. **Methodology:** Cross-sectional study with 80 individuals from a Psychosocial Care Center III in the Midwest region of Minas Gerais. Interviews were conducted using the Satisfaction Rating Scales with Mental Health Services.

Results: Satisfaction rates were higher among patients, especially in the domain Welcoming and help received at the service [score 4.66; n = 30 (83.3%)]. Among family members, the highest satisfaction rate was in the treatment results domain [score 4.66; n = 27 (79.4%)]. The highlight of the professionals was dissatisfaction, referring to the domain Working conditions [score 2.85; n = 7 (70%)]. **Conclusion:** It was found that patients are satisfied with the service and their satisfaction prospects are the highest, followed by family members and professionals.

Descriptors: Bipolar Affective Disorder, Patient Satisfaction, Family Caregivers, Professional Satisfaction, Quality of Health Care.

TRANSTORNO AFECTIVO BIPOLAR: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, LA FAMILIA Y EL PROFESIONAL CON EL TRATAMIENTO

Objetivo: evaluar las perspectivas de satisfacción de los pacientes afectados por el trastorno afectivo bipolar, sus familias y profesionales de la salud. **Metodología:** Estudio transversal con 80 personas de un Centro de Atención Psicossocial III en la región del Medio Oeste de Minas Gerais. Las entrevistas se realizaron utilizando las escalas de calificación de satisfacción con los servicios de salud mental. **Resultados:** las tasas de satisfacción fueron más altas entre los pacientes, especialmente en el dominio de bienvenida y la ayuda recibida en el servicio [puntuación 4.66; n = 30 (83,3%)]. Entre los miembros de la familia, la tasa de satisfacción más alta se encontraba en el dominio de resultados del tratamiento [puntuación 4.66; n = 27 (79,4%)]. Lo más destacado de los profesionales fue la insatisfacción, refiriéndose al dominio Condiciones de trabajo [puntaje 2.85; n = 7 (70%)].

Conclusión: Se encontró que los pacientes están satisfechos con el servicio y sus perspectivas de satisfacción son las más altas, seguidas por los familiares y profesionales.

Descriptores: Trastorno Afectivo Bipolar, Satisfacción del paciente, Cuidadores familiares, Satisfacción profesional, Calidad de la atención médica.

¹Universidade Federal de São João Del Rei, MG, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, MT, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é grave, multifatorial, crônico, progressivo e associado a altos níveis de incapacitação e morbidade¹. Atualmente, é a sexta maior causa de incapacidade em jovens, podendo desencadear problemas cognitivos, comprometimento funcional e aumento da mortalidade, particularmente por suicídio e doença cardiovascular - responsável pela redução de dez a vinte anos na expectativa de vida dos pacientes². Por isso, a detecção precoce é fundamental, para evitar a progressão da doença, o impacto sobre a funcionalidade do indivíduo e a recorrência dos episódios agudos³. O tratamento envolve medicamentos estabilizadores do humor, acompanhamento clínico e psicossocial, aliado a estratégias terapêuticas que contemplem a multifatorialidade do transtorno, considerando a alteridade do sujeito, com a desconstrução de práticas de objetivação da doença mental, como acontece em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)⁴⁻⁵.

Por isso os CAPS foram escolhidos para desenvolvimento deste estudo, já que estes serviços vêm assumindo especial relevância nas práticas em saúde mental no país^{6,7}. A avaliação das pessoas envolvidas neste contexto é necessária para monitorar o tratamento e corrigir eventuais aspectos negativos, a fim de aumentar a adesão, evitar novas crises (sofrimento físico e emocional) e novos custos para o paciente e para o serviço, pois, a satisfação, aliada ao apoio familiar e dos profissionais de saúde, aumenta significativamente a adesão e a efetividade das ações. Além disso, como qualquer tratamento de doença crônica, o do TAB precisa de acompanhamento próximo, oportunizando ajustes periódicos das necessidades⁸.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar as perspectivas da satisfação dos pacientes acometidos por transtorno afetivo bipolar, seus familiares e profissionais da saúde, considerando que a avaliação simultânea da satisfação desta tríade constata um nível de satisfação mais apurado.

Considerando esta medida um importante critério para avaliação da qualidade do tratamento oferecido, o fato de ser realizada de forma integrada demonstra maior confiabilidade, possibilitando melhor planejamento da assistência.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Transversal e descritivo.

Participantes da pesquisa

A população foi composta por 80 participantes, sendo 36 pacientes, 34 familiares e 10 profissionais da saúde,

referências técnicas que atuam no serviço. Todos os 37 pacientes com diagnóstico de TAB que foram atendidos naquele local, na modalidade de tratamento permanência-dia, foram convidados e um recusou participar. A partir daí, 36 familiares foram contatados, sendo que 34 foram encontrados e aceitaram participar da pesquisa. Não houve perda entre os profissionais, pois todos os que estão no serviço responderam à entrevista.

Local do estudo

Realizado no CAPS III do município de Divinópolis, Minas Gerais, no período de 01 de fevereiro de 2017 a 01 de fevereiro de 2018.

Coleta dos dados

Foram utilizadas as três versões da "Escala de Avaliação da Satisfação com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)" - para pacientes, familiares e profissionais da saúde. Tais escalas são de acesso livre e gratuito e foram previamente validadas no Brasil, tendo seus itens agregados por domínios e separados em subescalas.

Cada subescala do instrumento tem seu escore calculado individualmente, o que permitiu avaliar o nível de satisfação em cada domínio, onde a pontuação foi obtida por meio de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 a 5).

Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados no software R versão 3.5.1. A normalidade dos dados quantitativos foi analisada pelo teste de Shapiro-Wilk. Tendo em vista a distribuição não normal, foram calculados os valores das medianas de cada escala e conduzidos testes não paramétricos, para analisar a existência de diferenças globais entre os valores das medianas das subescalas, e para identificar quais pares de subescalas apresentavam diferenças estatisticamente significativas entre si. Em todas as comparações, adotou-se um nível de significância estatística de 95%.

Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ/CCO) sob o nº 1.868.647. Conforme previsto, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa assim que estavam prontos para alta do serviço e, somente após esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os questionários eram aplicados pelos pesquisadores. Caso o paciente aceitasse, seu familiar e o profissional responsável também eram abordados e esclarecidos em relação à pesquisa. Conforme aceitavam, assinavam o TCLE específico e eram entrevistados.

RESULTADOS

Tabela 1 – Caracterização sócio demográfica de pacientes com transtorno afetivo bipolar, seus familiares e profissionais do CAPS III. Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

Variáveis Sociodemográficas	Pacientes n=36 (%)	Familiares n=34 (%)	Profissionais n=10 (%)
Sexo			
Masculino	12 (33,3)	15 (44,1)	5 (50,0)
Feminino	24 (66,7)	19 (55,8)	5 (50,0)
Faixa Etária			
20 a 29 anos	3 (8,3)	4 (11,8)	-
30 a 39 anos	6 (17,7)	9 (26,5)	-
40 a 49 anos	12 (33,3)	6 (17,6)	5 (50,0)
50 a 59 anos	8 (22,2)	5 (14,7)	5 (50,0)
60 anos e mais	7 (19,4)	10 (29,4)	-
Estado civil			
Solteiro	14 (38,9)	5 (14,7)	-
Casado/Amasiado	11 (30,6)	20 (58,8)	10 (100)
Separado/Divorciado	10 (27,8)	5 (14,7)	-
Viúvo	1 (2,8)	4 (11,8)	-
Escolaridade			
Nenhuma	-	2 (5,9)	-
Ensino Fundamental	21 (58,3)	18 (52,9)	-
Ensino Médio	9 (25,0)	7 (20,6)	-
Ensino Superior	6 (16,7)	7 (20,6)	10 (100)

Foi apresentado um escore de satisfação global dos sujeitos e os escores por domínios, com base na classificação adotada, considerando: muito insatisfeito e insatisfeito (1-2), mais ou menos satisfeito (3) e satisfeito e muito satisfeito (4-5). Este agrupamento foi feito devido ao fato de que alguns escores tinham poucos indivíduos e a categorização repre-

sentou melhor o padrão de satisfação dos grupos analisados.

A média de todas as respostas que compunham cada escala e cada subescala resultou em valores dos escores finais da satisfação. Quanto maior a pontuação obtida em cada domínio, maior foi o grau de satisfação com o serviço, naquele contexto.

Para os pacientes (Tabela 2) houve valores significativamente maiores ($p < 0,001$) para o domínio 2 [Acolhida da equipe e ajuda recebida no serviço] em relação aos de-

mais, e não houve diferenças entre os domínios 1 [Competência e compreensão da equipe] e 3 [Condições físicas e conforto do serviço].

Tabela 2 - Distribuição da frequência dos pacientes com TAB ($n=36$) quanto à avaliação da satisfação com o tratamento recebido no CAPS III. Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

Satisfação por Domínios	Insatisfeito		Mais ou menos Satisfeito		Satisfeito		Média	Mediana
	n	%	n	%	n	%		
	Domínio 1 (competência e compreensão da equipe)	1	2,8	17	47,2	18	50,0	3,92
Domínio 2 (acolhida da equipe e ajuda recebida no serviço)	2	5,6	4	11,1	30	83,3	4,47	4,66
Domínio 3 (condições físicas e conforto do serviço)	7	19,4	10	27,8	19	52,8	3,51	4,00
Satisfação Global							4,18	4,2

Para os familiares houve valores significativamente maiores no domínio 1 [Resultados do tratamento no serviço], em relação ao domínio 3 [Privacidade e confidencialidade do serviço] ($p < 0,001$), e não houve diferenças nas demais comparações entre os pares.

Tabela 3 - Distribuição da frequência dos familiares dos pacientes com TAB ($n=34^*$) quanto à avaliação da satisfação com o tratamento recebido pelo paciente no CAPS III. Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

Satisfação por Domínios	Insatisfeito		Mais ou menos satisfeito		Satisfeito		Média	Mediana
	n	%	n	%	n	%		
	Domínio 1 (resultados do tratamento no serviço)	2	5,9	05	14,7	27	79,4	4,36
Domínio 2 (acolhida e competência da equipe)	4	11,7	05	14,7	25	73,6	4,04	4,00
Domínio 3 (privacidade e confidencialidade do serviço)	4	11,7	04	11,7	26	76,6	3,86	4,00
Satisfação Global							4,12	4,37

Em relação aos profissionais, o domínio 3 [Condições de trabalho] apresentou os menores valores. Estes foram significativamente menores do que os do domínio 4 [Relacionamento no serviço, com colegas e

superiores] ($p=0,019$) e, nas demais comparações, não houve diferenças significativas. Os profissionais entrevistados tinham formação em serviço social, psicologia e terapia ocupacional.

Tabela 4 - Distribuição da frequência dos profissionais ($n=10$) quanto à avaliação da satisfação com seu trabalho e com o tratamento oferecido ao paciente com TAB, no CAPS III. Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

Satisfação por Domínios	Insatisfeito		Mais ou menos satisfeito		Satisfeito		Média	Mediana
	n	%	n	%	n	%		
Domínio 1 (qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes)	1	10,0	09	90,0	0	0,0	3,43	3,45
Domínio 2 (participação no serviço)	3	30,0	07	70,0	0	0,0	3,22	3,28
Domínio 3 (condições de trabalho)	7	70,0	03	30,0	0	0,0	2,73	2,85
Domínio 4 (relacionamento no serviço, com colegas e superiores)	3	30,0	04	40,0	03	30,0	3,46	3,50
Satisfação Global							3,15	3,15

DISCUSSÃO

Esta pesquisa confirmou a realidade dos sistemas de saúde, na qual o número de mulheres que procura atendimento é consideravelmente maior. Apesar do reduzido número de pesquisas de gêneros comprometer o atendimento de necessidades específicas, considerando a existência de fatores inerentes que influenciam os cuidados, mulheres parecem ter melhor funcionamento global em relação à gravidade da doença e ao convívio social^{8,5}.

Em grupos de menor faixa etária o diagnóstico é difícil, pois os sintomas iniciais são inespecíficos e exigem uma avaliação clínica cuidadosa. O manejo ideal requer estratégias preventivas que incluam terapias psicológicas e abordagem do estilo de vida, desde o início dos

sintomas. O ideal seria prevenir o agravamento das consequências e extensão da doença, já que pode haver associação entre comportamento e estilo de vida das/os pacientes^{2, 9-10}. Conforme a estratégia defendida pela Reforma Psiquiátrica, a comunicação com a Rede de Atenção à Saúde deve ser eficaz, possibilitando intervenções precoces na lógica do território de residência¹¹.

Quanto à escolaridade, certamente, pessoas com melhor desempenho escolar utilizam menos os serviços públicos para tratamento, devido à maior estabilidade do quadro⁸, apesar de apresentarem maior risco de desenvolverem a doença¹². Já o estado civil predominante pode ser resultado das dificuldades de relacionamento geradas a partir das crises. Acredita-se haver relação causal entre estas e o rompimento de relações,

em razão das tensões impostas aos casais que separam, quando sobrecarregados⁶.

Entre familiares, o maior número de pessoas com mais de 40 anos do sexo feminino, corroborou com outro estudo⁸, sendo a faixa etária que dispõe de mais tempo para acompanhar o familiar que está em tratamento. Talvez a essência feminina de cuidar seja aspecto relevante para assumirem este papel nas relações familiares, além de questões de aceitação e prática religiosa também surgirem como estratégias de enfrentamento utilizadas¹³. Entretanto, é necessária a expansão da compreensão das características de qualidade, custos e benefícios do cuidado familiar no longo prazo¹⁴. A questão precisa ser ampliada para a carência de cuidados abrangentes, pois, na maioria das vezes, os familiares não são especialistas e não têm acesso fácil a estes.

O estado civil desses familiares foi muito próximo aos dados encontrados em estudo similar⁸, compatível com o melhor desempenho do papel de cuidador quando o familiar usufrui de uma relação partilhada do cuidado, minimizando o impacto da sobrecarga. Porém, os familiares exigem atenção especial do serviço de saúde, pois o diagnóstico de TAB compromete os membros da família com auto sacrifício, excessiva carga de cuidado e grande impacto emocional. Precisam receber auxílio para acessarem informações úteis para o enfrentamento das alterações da rotina, conciliando cuidados prestados e o autocuidado^{6,14-15}.

Os profissionais entrevistados desenvolviam suas atividades de forma interdependente, em prol do projeto terapêutico único para cada paciente. Estes estavam equiparados quanto ao sexo, e não foram observadas diferenças significativas de trabalho entre gêneros, apesar de não terem sido pesquisadas situações externas, que possam diferenciar os processos de vida dos sujeitos. Sugere-se que outras pesquisas considerem os riscos psicossociais resultantes da sobrecarga da conciliação do trabalho e da vida pessoal, investigando possibilidades de intervenção, a fim de melhorar o bem-estar dessas pessoas¹⁶.

A média de tempo gasta para alocação e estabilização de profissionais no mercado de trabalho foi condizente com a faixa etária encontrada. A expertise é um fator que contribui para qualidade do tratamento, pois quanto maior a experiência, maior destreza e percepção desse profissional em relação aos componentes técnicos do processo de cuidado, em prol dos pacientes, e maior a credibilidade no trabalho que desenvolvem, minimizando possíveis entraves interpessoais advindos da

doença mental^{3,6}.

De fato, os pacientes sentiram-se satisfeitos com a acolhida e ajuda recebidas, tendo se destacado o fato de terem se sentido respeitados, ao serem ouvidos com atenção pelo profissional que os admitiu, sentindo-se compreendidos. Obtiveram o tipo de ajuda que necessitavam e consideraram a equipe competente, em consonância com outros estudos^{8,17}. A satisfação encontrada pode indicar a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica no quesito da formação e atuação profissional, que se mostrou capaz de assegurar uma prestação digna de cuidados a partir das construções práticas da dimensão assistencial, as quais possuem grande repercussão na consolidação da autonomia profissional¹⁸.

Estes pacientes apresentaram-se insatisfeitos com as condições físicas e conforto, sendo itens que tiveram menores escores de satisfação "aparência do serviço" e "condições gerais" das instalações. Os dados evidenciam uma grande fragilidade do CAPS relacionada às suas condições de infraestrutura, convergindo com um estudo realizado no sul do Brasil⁸ e divergindo de outro estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, quando foram considerados satisfatórios todos os índices de avaliação com o serviço oferecido¹⁹. Mas, em geral, os serviços substitutivos ao antigo cenário manicomial têm recebido baixos investimentos financeiros, dificultando a instalação e manutenção da estrutura física adequada.

Outros autores apontaram que maiores escores de satisfação foram associados a pacientes em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a pessoas com menor escolaridade²⁰. Mas, neste estudo, a maioria dos pacientes se referiu mais ou menos satisfeita, indicando a necessidade de melhorias no serviço, para se constituir como referência e ser reconhecido como dispositivo substitutivo à lógica hospitalar.

Entre familiares, também foram evidenciados níveis de satisfação, mantendo a mesma relação média entre os itens distribuídos nos domínios. Satisfeitos com o serviço prestado consideraram que o tratamento dispensado era necessário e estava ajudando o paciente a lidar com seus problemas, corroborando com alguns estudos^{8,22}, mas contrapondo outro, no qual havia uma grande lacuna entre as expectativas e percepções das famílias sobre o apoio real oferecido pelos profissionais²¹. As maiores médias de satisfação referiram-se às medidas de privacidade e confidencialidade, evidenciando que os profissionais atuam com ética, oferecendo segurança e confiança no manuseio e exposição das informações.

No entanto, os familiares estavam insatisfeitos com a infraestrutura e com o número de atendimentos individuais dos pacientes, reforçando a necessidade de maiores investimentos estruturais e em recursos humanos, adequados ao atendimento da crescente demanda em saúde mental. Possivelmente, familiares de pacientes com TAB possuem angústias e expectativas específicas, como foi o caso da maior preocupação manifestada, referente à segurança física e o futuro dos pacientes, pois os dados contestaram um estudo desenvolvido em um CAPSIII na região sul do Brasil, com pessoas diagnosticadas com outros transtornos psiquiátricos⁸.

A maioria dos familiares estava mais ou menos satisfeita no escore global, diferentemente de outro estudo com o mesmo instrumento, desenvolvido em um CAPS do interior de Minas Gerais²³. Decerto, ainda apresentam dificuldades em compreender a lógica de tratamento proposta pela Reforma Psiquiátrica, que reinsere família e sociedade no processo de tratamento. O fato de o familiar ser inquerido a participar do tratamento e da avaliação da melhora apresentada pelo paciente, com intervenções específicas, pode gerar baixa satisfação.

No escore da satisfação global, a maioria dos profissionais referiu-se mais ou menos satisfeita com o serviço. Apresentaram-se insatisfeitos com a qualidade dos serviços oferecidos, participação da equipe, expectativas de serem promovidos, salário e condições de trabalho, reiterando outra pesquisa que identificou escore de satisfação média entre profissionais de um CAPS na cidade do Rio de Janeiro¹⁶. Alegaram satisfação somente nos relacionamentos interpessoais com colegas e na autonomia no trabalho.

Os dados obtidos nesse estudo contradisseram os de outros estudos brasileiros em relação ao trabalho e competência da equipe e aos cuidados dispensados aos pacientes. Apesar disso, todos os autores destacam que os serviços precisam de maiores investimentos, qualificação profissional e melhorias organizacionais, como reavaliação das carreiras, pois a satisfação profissional é um indicador da qualidade do serviço e o cuidado oferecido é reflexo desses ajustes^{16,22-24}.

A maioria dos pacientes, familiares e profissionais apresentaram insatisfação com a estrutura do serviço, mas a compreensão da equipe sobre as necessidades do paciente e a qualidade dos cuidados dispensados aos mesmos foram dois aspectos que geraram satisfação. Pacientes e profissionais concordaram que o tipo de tratamento oferecido, de informação dada e a competência da equipe são satisfatórias, em relação à qual, familiares

acataram. Apesar do pouco conhecimento que as pessoas têm dos seus direitos sociais, não foi constatada a presença de aceitabilidade social, pois altos valores de satisfação não foram encontrados, e, por isso, o risco de viés de gratidão foi excluído daquele cenário^{22,24-25}.

Limitações do estudo

Observamos dificuldades em relação aos questionários utilizados devido ao grande número de perguntas e uso de termos que dificultavam a compreensão dos entrevistados. Apesar disso, os instrumentos utilizados cumpriram seu papel e foram de fácil aplicabilidade na forma presencial.

Contribuições para a Prática

O estudo contribui com conhecimentos que podem melhorar o diálogo entre os sujeitos que usam e atuam no serviço de atenção psicossocial. À medida que forem criadas alternativas para amenizar as características negativas mais relevantes, os principais aspectos de insatisfação apontados pelos participantes poderão ser discutidos, impactando positivamente no serviço. Os profissionais também poderão planejar melhor o tratamento e, a partir da estratégia de ampliação das vozes dos familiares e pacientes, aumentar a satisfação destes.

CONCLUSÃO

A aplicação simultânea dos três questionários, de forma inédita neste tipo de serviço, garantiu a presente perspectiva de avaliação e apresentou-se como nova possibilidade de reflexão sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, implantação e efetividade dos serviços abertos, importantes para o avanço do cuidado em saúde mental.

Sugere-se que este cenário seja explorado quanto às expectativas envolvidas nas relações entre os serviços e usuários, e entre profissionais e serviços, para melhor entendimento da forma e medida em que a Política de Saúde Mental está sendo implementada.

Apesar de a avaliação da satisfação com o serviço envolvendo as três dimensões ter possibilitado uma compreensão mais abrangente e integrada da realidade observada, esta pesquisa abre novas possibilidades de perguntas, visando agregar e aprofundar o conhecimento a esse respeito. Como não foram encontrados resultados de muita satisfação, os pontos negativos levantados pelos participantes precisam ser melhor estudados.

Contribuições dos Autores: Todos os autores participaram das etapas do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Panizzutti BS. O papel dos marcadores biológicos como indicativos de envelhecimento precoce no transtorno bipolar. [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016 [cited 2019 Set 30]. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/197249>
2. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers* [Internet]. 2018 [cited 2019 Out 02];4(18008): [about 1p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29516993>
3. McCormick U, Murray B, Mcnew B. Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2015 [cited 2018 Jan 18];27(9):530-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034840/>
4. Fountoulakis KN, Vieta E, Young A, Yatham L, Grunze H, Blier P, et al. The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017). Part 4: Unmet Needs in the Treatment of Bipolar Disorder and Recommendations for Future Research. *Int J Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 24];20(2):196-205. Available from: <https://academic.oup.com/ijnp/article/20/2/196/2629254/>
5. Tavares CM, Mesquita LM. Sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. *Enferm Foco* [Internet]. 2019; 10(7): 121-126. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2810/560>
6. Granek L, Danan D, Bersudsky Y, Osher Y. Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar Disord* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 30];18(2):192-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26890335>
7. Mizios S, Tsitsipa E, Moysidou S, Karavelas V, Dimelis D, Polyzoidou V, et al. Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 24];14(19):1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493813/>
8. Resende KIDS de, Bandeira M, Oliveira DCR. Assessment of Patient, Family and Staff Satisfaction in a Mental Health Service. *Paidéia* [Internet]. 2016 Aug [cited 2018 May 29];26(64):245-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2016000200245&lng=en&tlng=en
9. Magalhães PV da S, Costa MH, Pinheiro RT. Epidemiologia do transtorno bipolar. In: *Transtorno Bipolar: teoria e clínica*. Porto Alegre: Art-med Editora Ltda.; 2015. p. 21-31.
10. Solé B, Jiménez E, Torrent C, Reinares M, Bonnin CdelM, Torres I, et al. Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Treatment and Prevention Strategies. *Int J Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Set 30]; 20(8):670-680. Available from: <http://doi.org/10.1093/ijnp/pyx032>
11. Galvanese ATC, D'Oliveira AFPL, Lima EMFA, Pereira LMF, Nascimento AP, Nascimento AF. Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [Internet]. 2016 [acesso em: 06 out. 2019]; 23(2):431-452 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702016000200431&script=sci_arttext
12. Peters AT, E. WA, Eisner L, Baek JH, Deckersbach T. The burden of repeated mood episodes in bipolar I disorder: Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Nerv Ment Dis*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 10];204(2):87-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733595/>
13. Iseselo MK, Kajula L, Yahya-Malima KI. The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016;16(146):1-12. doi.org/10.1186/s12888-016-0857-y
14. Malec JF, Van Houtven CH, Tanielian T, Atizado A, Dorn MC. Impact of TBI on caregivers of veterans with TBI: Burden and interventions. *Brain Inj* [Internet]. 2017;31(9):1235-45. doi.org/10.1080/02699052.2016.1274778
15. Pocinho R, Belo P, Melo C, Navarro-Pardo E, Muñoz JJJ. Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal. *Rev Educ y Humanismo* [Internet]. 2017; 19(32):88-101. doi.org/10.17081/eduhum.19.32.2533
16. Ferreira AP. Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev Bras Med Trab* [Internet]. 2015 [cited 2019 Set 30]; 13(2). Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15168>
17. Silva SN, Lima MG, Ruas CM. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23(11):3799-810. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n11/3799-3810/pt>
18. Pinheiro CW, Araújo MAM, Rolim KMC, Oliveira CM, Alencar AB. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enferm Foco* [Internet]. 2019; 10(3):64-69. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2291/580>
19. Barcelos VM. Avaliação da satisfação dos usuários em Centros de Atenção Psicossocial. [Internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2018 [cited 2019 Out 04]. Available from: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/10403>
20. Godoy JA, Pavan G, Monteiro RT, Motta LS, Pacheco MA, Nogueira EL, et al. Satisfaction with care in a Brazilian psychiatric inpatient unit: differences in perceptions among patients according to type of health insurance. *Trends Psychiatry Psychother*. [Internet]. 2019 Mar [cited 2019 Oct 03]; 41(1):27-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-60892019000100004&script=sci_arttext
21. Miller DI. Inpatient Psychiatric Care: Families' Expectations and Perceptions of Support Received From Health Professionals. *Perspect Psychiatr Care*. [Internet]. 2017. [cited 2019 Set 30]; 53(4):350-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/ppc.12168>
22. Bosque RM, Oliveira MAF de, Silva NN da, Claro HG, Fernandes IF de AL. Satisfação dos Trabalhadores, Usuários e Familiares dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 10];11(S11):4598-606. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231199/25195>
23. Santos LA. Satisfação dos familiares com os serviços prestados por um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. [Internet]. São João del-Rei: Universidade Federal de São João del-Rei; 2018 [cited 2019 Set 26]. Available from: <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/LARISSA%20ASSUNCAO%20SANTOS.pdf>
24. Soares CGC. Avaliação da satisfação e da sobrecarga de profissionais cuidadores de serviços residenciais terapêuticos. [Internet]. São João del-Rei: Universidade Federal de São João del-Rei; 2016 [cited 2019 Out 02]. Available from: <http://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/CARLOS%20GUILHERME%20CRISTELLI%20SOARES.pdf>
25. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 Apr 10];20(10):3243-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003243&lng=pt&tlng=pt

ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA: ATITUDES DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Elisângela Tavares Bezerra¹

Noëlle de Oliveira Freitas¹

Fernanda Amendola²

Objetivo: avaliar as atitudes dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família-ESF em relação ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista e correlacionar as atitudes com as práticas, tempo de formação e atuação. **Método:** Estudo correlacional, observacional, corte transversal realizado nas ESF de oito municípios do Estado de Minas Gerais. Foram aplicados o questionário de avaliação das práticas e a Escala de Atitudes frente ao Álcool, ao Acoolismo e ao Alcoolista-EAFAAA. Os dados foram analisados por meio da correlação de Spearman. **Resultados:** 50 enfermeiros participaram do estudo e apresentaram escore total da EAFAAA de 3,1 (DP = 0,4). As correlações entre a EAFAA e o questionário de práticas foram negativas e de fraca intensidade (-0,23; p=0,107) e com tempo de formação (-0,60; p=0,679) e atuação (0,01;p=0,966) foram de fraca intensidade. **Conclusão:** Os enfermeiros apresentaram tendências a atitudes negativas e não foram evidenciadas correlações entre a EAFAAA com as características dos enfermeiros.

Descritores: Atitude; Atitude do pessoal de saúde. Alcoolismo; Atenção primária à saúde; Enfermagem.

ALCOHOL, ALCOHOLISM AND ALCOHOLISM: ATTITUDES OF NURSES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Objective: To assess the nurses' attitudes from Family Health Strategy-FHS regarding alcohol, alcoholism, and alcoholics and correlate these attitudes with the nurses' practices, time since graduation as a nurse and work at the FHS. **Method:** Correlational, observational and cross-sectional study performed at the FHS in eight cities in the state of Minas Gerais It was applied the practice assessment questionnaire and the Attitude Scale towards Alcohol, Alcoholism and Alcoholic-EAFAAA. Data were analyzed using Spearman correlation. **Results:** 50 nurses participated in the study and had a total EAFAAA score of 3.1 (SD = 0.4). The correlations between EAFAA and the practice questionnaire were negative and of low intensity (-0.23; p = 0.107) and with time of formation (-0.60; p = 0.679) and performance (0.01; p = 0.966) were of low intensity. **Conclusion:** Nurses showed tendencies towards negatives attitudes and no correlation was found between EAFAAA and nurses' characteristics.

Descriptors: Attitude; Attitude of Health Personnel; Alcoholism; Primary Health Care; Nursing.

ALCOHOL, ALCOHOLISMO Y ALCOHOLISMO: ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Objetivo: Evaluar las actitudes de los enfermeros de la Estrategia de Salud de la Familia-ESF en relación con el alcohol, alcoholismo y alcoholista y correlacionar las actitudes con las prácticas de los enfermeros, el tiempo de formación y actuación en la ESF. **Método:** Estudio correlacional, observacional, transversal realizado en la EFS de ocho municipios del estado de Minas Gerais. Fue aplicado el cuestionario de evaluación de la práctica y la Escala de actitud hacia el alcoholismo, el alcoholismo y el alcoholismo-EAFAAA. Los datos se analizaron mediante la correlación de Spearman. **Resultados:** 50 enfermeros participaron en el estudio y tuvieron un puntaje EAFAAA total de 3.1 (DE = 0.4). Las correlaciones entre EAFAA y el cuestionario de práctica fueron negativas y de baja intensidad (-0.23; p = 0.107) y con tiempo de formación (-0.60; p = 0.679) y rendimiento (0.01; p = 0.966) fueron de baja intensidad. **Conclusión:** Los enfermeros presentaron tendencias a actitudes negativas y no se encontró correlación entre EAFAAA y las características de las enfermeras.

Descriptores: Actitud; Actitud del Personal de Salud; Alcoholismo; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Univeritas- UNG, Guarulhos, SP, Brasil.

²Curso de Graduação e Pós-graduação da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Noëlle de Oliveira Freitas E-mail: nooliveirafreitas@gmail.com

Recebido: 28/10/19 Aceito: 07/06/20

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o álcool vem sendo uma das substâncias psicoativas mais consumidas no mundo, e o uso e o abuso desta substância têm aumentado drasticamente, constituindo-se em um dos maiores riscos à saúde da população mundial¹. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)², o uso do álcool acarreta diversos efeitos nocivos à saúde, prejudicando a qualidade de vida do indivíduo, além de apresentar problemas de ordem social, de maneira direta e indireta.

Em setembro de 2018, a OMS divulgou o Relatório Global sobre Álcool e Saúde o qual retrata sobre o consumo de álcool no Brasil e no mundo. Foi constatado que, no Brasil, 40% da população acima de 15 anos consumiu álcool nos últimos 12 meses; em relação ao consumo de álcool *per capita* foi identificada uma redução em relação ao ano de 2010 de 8,8 litros para 7,8 litros *per capita*². No tocante aos transtornos relacionados ao uso de álcool, estima-se que 4,2% dos brasileiros encontram-se nos critérios para abuso ou dependência do álcool, em 2010 a prevalência estimada era de 5,6%².

Diante desse quadro, ressalta-se a importância de que os profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) envolvam-se com políticas e estratégias para trabalhar com o problema do álcool. Logo, para auxiliar esses profissionais, a OMS apoiou a criação de instrumentos de triagem que servem para identificar o nível de consumo do álcool e outras drogas, auxiliando o profissional de saúde a formular ações interventivas mais adequadas⁽³⁾. Um desses instrumentos é o *Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT*, que foi criado pela OMS para triagem de transtornos relacionados ao álcool⁴.

Entretanto, os profissionais da área da saúde encontram dificuldades em lidar com os indivíduos que apresentam problemas com álcool, e muitas vezes em utilizar esses instrumentos por falta de conhecimento e treinamento⁵. As principais dificuldades dos profissionais surgem devido à carência de formação profissional para atuar com o tema álcool, bem como com as demais substâncias psicoativas o que pode dificultar uma atuação mais efetiva nos problemas relacionados ao álcool e ao alcoolismo⁶.

Além da falta de conhecimento, as atitudes dos profissionais da área da saúde frente ao tema álcool e alcoolismo é um fator determinante no contexto da assistência em saúde. As atitudes podem ser definidas

como a predisposição do indivíduo para agir de maneira igual a uma determinada classe de objetos ou estar sempre pronto para reagir, diante de uma determinada situação⁷. Para a avaliação das atitudes dos enfermeiros em relação ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, foi criada a Escala de Atitudes frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA)⁸⁻¹⁰.

Sendo assim, diante da importância da atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) no manejo do tema álcool e alcoolismo na comunidade, o objetivo deste estudo foi avaliar as atitudes dos enfermeiros da ESF em relação ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista e correlacionar as atitudes com as práticas dos enfermeiros, o tempo de formação e atuação na ESF.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo correlacional, observacional, de corte transversal com abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A população do estudo foi constituída por enfermeiros que atuavam nas equipes de ESF das cidades de Cambuí, Cordislândia, Extrema, Inconfidentes, Itapeva, Pouso Alegre, Monsenhor Paulo e Varginha, do Estado de Minas Gerais. Como critérios de inclusão foram incluídos todos os enfermeiros que atuavam nas equipes de ESF no período da coleta de dados e independentemente do tempo de atuação nas equipes. Foram excluídos os enfermeiros que estavam de férias ou licença médica no período da coleta de dados. Os locais da coleta de dados foram selecionados por conveniência, por ser a região de atuação da pesquisadora principal do estudo.

Local do estudo

O estudo foi realizado nas equipes de ESF nas cidades de Cambuí, Cordislândia, Extrema, Inconfidentes, Itapeva, Pouso Alegre, Monsenhor Paulo e Varginha, do Estado de Minas Gerais.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal do estudo, no período de julho a agosto de 2017. Para a coleta de dados foi utilizado dois instrumentos: a Escala de Atitudes frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA) e o questionário de avaliação das práticas dos enfermeiros.

Para avaliação das atitudes dos enfermeiros em relação ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista foi utilizada a Escala de Atitudes frente ao Álcool, ao Alcoolismo

e ao Alcoolista (EAFAAA)^{8,9}. A EAFAAA foi construída no estudo de Vargas e Luis (2008)⁽⁹⁾. No entanto, a versão da EAFAAA utilizada no estudo é composta por 50 itens distribuídos em quatro fatores: fator 1 “O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista” (21 itens), fator 2 “As atitudes frente ao alcoolista” (9 itens), fator 3 “Atitudes frente ao alcoolismo, etiologia” (11 itens) e fator 4 “As atitudes frente ao uso do álcool” (9 itens)⁹.

A escala de resposta do EAFAAA é uma escala do tipo Likert, com cinco opções de resposta: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - indiferente; 4 - concordo; 5 - concordo totalmente⁸⁻¹⁰. Para cálculo do escore total deve-se somar os itens e dividir pelo número de itens do escore total, o mesmo deve ser realizado para cálculo do escore cada fator. A atribuição dos pontos para avaliação da escala corresponde a 1 e 2 pontos para as categorias de respostas desfavoráveis, 3 para pontos no nível intermediário e 4 e 5 pontos para as categorias favoráveis. A EAFAAA tem 75% dos itens predominantemente negativos e devem ser calculados com valores invertidos. Escores elevados são indicativos de atitudes positivas⁸⁻¹⁰. A EAFAAA foi adaptada e validada para uso no idioma espanhol¹¹.

O questionário de avaliação das práticas dos enfermeiros foi desenvolvido pelo grupo de pesquisadores deste estudo os quais atuam em pesquisas na temática da saúde da família. A primeira parte do instrumento contém informações para caracterização dos sujeitos e questões quanto ao conhecimento sobre a quantidade de consumo diário de álcool, recomendado pela OMS para homens e mulheres, quanto à quantidade de álcool considerada de consumo abusivo pelo Ministério da Saúde e se os sujeitos conhecem e já utilizaram o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)⁽⁴⁾. Já a segunda parte do questionário tem como objetivo verificar as práticas dos enfermeiros da ESF relacionadas com o álcool, alcoolismo e alcoolista. Foram construídos 18 itens distribuídos em três tópicos. As opções de resposta apresentam-se de acordo com a frequência das práticas com as seguintes opções de resposta: 1 - sempre, 2 - regularmente, 3 - às vezes, 4 - raramente e 5 nunca.

Procedimentos de análise de dados

Os dados do estudo foram inseridos e digitados em duplicidade em uma planilha do Excel[®] para posterior análise dos dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)[®] versão 23.0 para Windows[®].

Nas variáveis quantitativas, foi testada a distribuição normal pelo teste de *Komolgorov-Smirnov*. Para a análise de correlação entre os escores da EAFAAA e do questionário de avaliação das práticas dos enfermeiros, foi utilizado o teste paramétrico de correlação não paramétrica de Spearman. Para a comparação entre os escores da EAFAAA versus as variáveis tempo de formação e tempo de atuação como enfermeiro na ESF, foi utilizada a correlação de Spearman. Consideraram-se valores de correlação abaixo de 0,30 como fracas correlações; entre 0,30 e 0,50, moderadas e acima de 0,50, fortes⁽¹²⁾. Os testes foram aplicados para testar as seguintes hipóteses: 1 - as atitudes dos enfermeiros, avaliadas pela EAFAAA, apresentariam correlação positiva e de forte a moderada com a intensidade com as práticas dos enfermeiros em relação ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, avaliadas com o questionário de avaliação das práticas dos enfermeiros; 2 - enfermeiros com maior tempo de formação e atuação na ESF apresentariam correlação positiva e de forte a moderada intensidade entre escore total e fatores da EFAAAA. Assumiu-se um nível descritivo de 5% para a significância estatística.

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Univeritas UNG Guarulhos (Parecer número: 2.149.188; CAAE 66939317.1.0000.5506).

A pesquisadora agendava previamente uma reunião em sala privativa, antes ou após o turno de trabalho dos enfermeiros. Nessa reunião, o enfermeiro foi esclarecido quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa, quanto à liberdade de recusa em participar em qualquer etapa da pesquisa e quanto à garantia de que a informação obtida seria confidencial. Após o aceite em participar da pesquisa, cada enfermeiro assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo que uma permaneceu sob a posse da pesquisadora e outra sob a posse do enfermeiro.

RESULTADOS

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros que atuavam nas ESF, totalizado 50 enfermeiros. A maioria dos enfermeiros (96,0%) era do sexo feminino com a média de idade de 33,8 anos (DP= 5,7). As características sociodemográficas da amostra do estudo estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo as variáveis sociodemográficas (n = 50). Cambuí, Cordislândia, Extrema, Inconfidentes, Itapeva, Pouso Alegre, Monsenhor Paulo, Varginha, MG, Brasil, 2017.

Variáveis	N	(%)	Mediana	(Intervalo)	Média	(DP) ^a
Sexo						
Feminino	46	(96,0)				
Masculino	4	(8,0)				
Idade (em anos), média, DP*	50	(100)	33,0	(25,0 - 57,0)	33,8	(5,7)
Cidade						
Pouso Alegre	19	(38,0)				
Varginha	10	(20,0)				
Extrema	7	(14,0)				
Cambuí	4	(8,0)				
Itapeva	3	(6,0)				
Inconfidentes	3	(6,0)				
Cordislândia	2	(4,0)				
Monsenhor Paulo	2	(4,0)				
Tempo de formação (em anos), média, DP*	50	(100)	8,0	(<1,0 - 30,0)	8,6	(5,0)
Pós-graduação						
Especialista	26	(52,0)				
Não possui	16	(32,0)				
Mestrado	4	(8,0)				
Doutorado	3	(6,0)				
Tempo de atuação (em anos), média, DP*	50	(100)	5,0	(1,0 - 13,0)	5,1	(3,2)

***Desvio-padrão**

Em relação à avaliação das atitudes, os enfermeiros apresentaram uma média do escore total da EAFAAA de 3,1 (DP = 0,4) com variação de 2,8 a 3,4, entre o escore total e os fatores de 1 a 4 da EAFAAA (Tabela 2).

Tabela 2 – Estatística descritiva da Escala de Atitudes frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA) (n=50). Cambuí, Cordislândia, Extrema, Inconfidentes, Itapeva, Pouso Alegre, Monsenhor Paulo, Varginha, MG, Brasil, 2017.

Escore total / fatores	Média	DP*	Mediana	Intervalo obtido	Intervalo esperado	IC†(95%)
EAFAAA escore total	3,1	0,4	3,1	2,3 - 4,0	1 - 5	3,0 - 3,5
EAFAAA Fator 1‡	3,4	0,5	3,4	2,1 - 4,3	1 - 5	3,3 - 3,5
EAFAAA Fator 2§	3,3	0,4	3,4	2,3 - 4,0	1 - 5	3,2 - 3,5
EAFAAA Fator 3	2,8	0,6	2,7	1,8 - 4,1	1 - 5	2,6 - 3,0
EAFAAA Fator 4 ¶	2,8	0,5	2,8	1,3 - 3,7	1 - 5	2,7 - 3,0

*Desvio-padrão; Intervalo de confiança; †O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista; ‡As atitudes frente ao Alcoolista; §Atitudes frente ao alcoolismo, etiologia; ¶As atitudes frente ao uso do álcool

Para verificar a correlação entre as atitudes e práticas dos enfermeiros, analisou-se a correlação entre a EAFAAA e seus fatores com as práticas dos enfermeiros (Tabela 3).

Tabela 3 – Correlação entre os valores obtidos na aplicação da Escala de Atitudes frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista (EAFAAA) e o instrumento para avaliação de práticas dos enfermeiros (n = 50). Cambuí, Cordislândia, Extrema, Inconfidentes, Itapeva, Pouso Alegre, Monsenhor Paulo, Varginha, MG, Brasil, 2017.

Instrumentos/Fatores	EAFAAA escore total	
	R	p-value*
EAFAAA Fator 1†	0,82	<0,001
EAFAAA Fator 2‡	0,59	<0,001
EAFAAA Fator 3§	0,62	<0,001
EAFAAA Fator 4	0,12	0,400
Práticas dos enfermeiros¶	-0,23	0,107

*p-value – Teste de correlação de Spearman; †O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista; ‡As atitudes frente ao alcoolista; §Atitudes frente ao alcoolismo, etiologia; ||As atitudes frente ao uso do álcool; ¶Questionário de caracterização e avaliação das práticas dos enfermeiros

Observa-se, na Tabela 3, correlação positiva e de forte intensidade entre o escore total da EAFAAA com o fator 1 (O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista) (r=0,82), com o fator 2 (As atitudes frente ao alcoolista) (r=0,59) e com o fator 3 (Atitudes frente ao alcoolismo, etiologia) (r=0,62), to-

das as correlações estatisticamente significantes (p<0,001). Entretanto, ao correlacionar o escore total da EAFAAA com o questionário de avaliação das práticas dos enfermeiros, foi identificada correlação negativa e de fraca intensidade (r=-0,23) e não houve significância estatística.

Tabela 4 – Correlações entre os valores obtidos na aplicação da Escala de Atitudes frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA) com tempo de formação como enfermeiro e atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) (n = 50). Cambuí, Cordislândia, Extrema, Inconfidentes, Itapeva, Pouso Alegre, Monsenhor Paulo, Varginha, MG, Brasil, 2017.

Instrumentos/Fatores	Formação		Atuação na ESF	
	r	p-value*	r	p-value*
EAFAAA escore total	-0,60	0,679	0,01	0,966
EAFAAA Fator 1†	-0,21	0,153	-0,10	0,942
EAFAAA Fator 2‡	0,03	0,854	0,18	0,201
EAFAAA Fator 3§	0,11	0,457	0,01	0,966
EAFAAA Fator 4	0,12	0,424	0,01	0,959

*p-value – Teste de correlação de Spearman; †O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista; ‡As atitudes frente ao alcoolista; §Atitudes frente ao alcoolismo, etiologia; ||As atitudes frente ao uso do álcool

No que se refere à verificação se enfermeiros com maior tempo de atuação e formação apresentariam maiores atitudes positivas avaliadas pela EAFAAA, observou-se correlação negativa e de forte intensidade entre o escore total da EAFAAA com tempo de formação

como enfermeiro, no entanto não houve significância estatística. A correlação entre o escore total da EAFAAA e o tempo de atuação na ESF apresentou-se positiva e de fraca intensidade, não apresentou significância estatística (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria dos enfermeiros foi constituída por indivíduos do gênero feminino (96%) com média de idade de 33,8 anos (DP = 5,7), indicando que a maioria se encontra entre a população economicamente ativa. Em relação ao gênero, a porcentagem identificada neste estudo corrobora o cenário dos profissionais de enfermagem no Brasil, constituído por 87,2% de profissionais do gênero feminino, esses dados foram constatados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em um levantamento em 2011¹³.

A hipótese do estudo em relação à correlação das atitudes e às práticas dos enfermeiros em relação ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista não foi confirmada, sendo identificada correlação negativa entre as atitudes (EAFAAA) e as práticas dos enfermeiros, e esses resultados não foram estatisticamente significativos. Outra hipótese também não confirmada foi a correlação entre as atitudes com tempo de formação como enfermeiro, somente a variável atuação como enfermeiro na ESF apresentou correlação positiva, no entanto de fraca intensidade, e do mesmo modo os resultados não foram estatisticamente significativos.

No tocante à avaliação das atitudes, os resultados deste estudo evidenciaram que os enfermeiros em geral apresentaram atitudes de nível intermediário para o escore total da EAFAAA, o fator 1 (O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista) e o fator 2 (As atitudes frente ao alcoolista) e atitudes de nível desfavorável no fator 3 (Atitudes frente ao alcoolismo, etiologia) e 4 (As atitudes frente ao uso do álcool). Sendo assim, é possível afirmar que a maioria dos enfermeiros apresentou tendência a atitudes negativas frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Estudo realizado com a EAFAAA identificou valores aproximados ao presente estudo com valor de 3,3 para o Fator 2 (As atitudes frente ao alcoolista)¹⁴. É importante ressaltar que as atitudes exercem um papel significativo no que tange ao tratamento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool⁷.

A versão em espanhol da EAFAAA¹¹ foi aplicada com 303 enfermeiros que atuam na área hospitalar assistencial e em serviços de saúde mental na cidade de Bogotá, Colômbia¹⁵. Neste estudo foi identificado que a maioria dos enfermeiros (56,8%) apresentou atitudes negativas frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista com média da EAFAAA de 3,0 para mulheres e 3,1 para homens¹⁵ corroborando com os resultados do presente estudo no qual os enfermeiros em seu total

apresentaram média de escore total da EAFAAA de 3,1 (DP = 0,4). Ao correlacionar o escore da EAFAAA com as características dos enfermeiros, a variável tempo de graduação dos enfermeiros colombianos teve correlação positiva e de forte intensidade com os escores da EAFAAA ($r = 0,80$; $p < 0,0001$), ou seja, enfermeiros com maior tempo de formação apresentam atitudes mais positivas¹⁵, no entanto tal correlação não foi identificada neste estudo.

Um estudo desenvolvido na Inglaterra em 2012 avaliou as atitudes em relação aos pacientes com problemas com álcool de profissionais de três hospitais. Participaram do estudo 204 profissionais sendo 145 enfermeiros (71,1%) os quais responderam o instrumento *Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire* (SAAPPQ)¹⁵. Os resultados do estudo apontaram que os profissionais em geral apresentaram uma atitude um pouco mais positiva em relação aos pacientes com problemas com álcool. O fato do profissional trabalhar no departamento de dependência e psiquiatria do hospital foi um fator preditor das atitudes em relação aos pacientes com problemas com álcool, indicando que fato de serem treinados e trabalharem em um local especializado teve uma influência positiva nas atitudes da equipe¹⁵. Os resultados deste estudo em geral se diferem aos do estudo realizado na Inglaterra¹⁵, pois as atitudes dos enfermeiros em relação ao álcool avaliadas por meio da EAFAAA apresentaram tendência negativa, embora a avaliação das atitudes tenha sido realizada por meio de escalas distintas o que dificulta uma comparação mais legítima entre os resultados dos estudos.

Um estudo qualitativo realizado na Finlândia com enfermeiros que participaram de um treinamento online sobre o atendimento de pacientes intoxicados por álcool atendidos em serviços de emergência identificou três categorias nas análises dos discursos: a falta de compromisso dos enfermeiros com o atendimento intoxicado ao paciente, o compromisso dos enfermeiros com o atendimento intoxicado ao paciente e as habilidades dos enfermeiros nos métodos de intervenção¹⁷. Os enfermeiros consideraram que o aumento da conscientização por meio de treinamentos sobre o atendimento aos pacientes com intoxicação por álcool pode contribuir para o desenvolvimento de atitudes mais positivas e habilidades dos enfermeiros no atendimento destes pacientes nos serviços de emergência¹⁷.

No Brasil, pesquisa evidenciou que os enfermeiros de atenção primária são favoráveis ao tratamento do alcoolismo, sendo o paciente percebido como doença⁽¹⁸⁾. Os enfermeiros que atuam na atenção primária apresentaram atitudes negativas ao trabalhar com esta clientela quando comparados aos enfermeiros que trabalham em unidades hospitalares¹⁸.

No Brasil, uma pesquisa evidenciou que os enfermeiros que atuam na atenção primária apresentaram atitudes negativas em relação a pessoas em tratamento do alcoolismo quando comparados aos enfermeiros que atuam em unidades hospitalares¹⁸. Os enfermeiros que atuam na atenção primária, inclusive aqueles que atuam na Estratégia Saúde da Família, ainda têm dificuldade em distinguir as ações voltadas a promoção da saúde das ações de prevenção de doenças¹⁹. No tocante ao tratamento do alcoolismo, os enfermeiros de atenção primária são favoráveis ao tratamento sendo o paciente percebido como doença¹⁸, ao invés de terem como foco a promoção da saúde no contexto do alcoolismo.

Um estudo que avaliou os artigos produzidos pela mídia impressa no Brasil nos anos de 2005 a 2010 com o objetivo de caracterizar as representações sociais sobre os efeitos da bebida alcoólica concluiu que os resultados podem contribuir para os enfermeiros conhecerem melhor sobre o fenômeno da bebida alcoólica e do alcoolismo e, por meio da educação em saúde promoverem a formação e capacitação de novos profissionais de saúde visando a redução a redução dos problemas com álcool no Brasil²⁰.

Um estudo realizado em um hospital geral avaliou as atitudes dos enfermeiros em relação ao alcoolismo e constatou que os enfermeiros reconhecem que o alcoolismo é uma doença, entretanto apresentam atitudes negativas, ao afirmarem que preferem não trabalhar com esta clientela, evidenciando um forte valor moralista²¹. Outro estudo realizado com enfermeiros de um hospital filantrópico sobre o cuidado a indivíduos alcoolistas também constatou que a maioria dos enfermeiros reconhece que o alcoolismo é uma doença crônica que envolve fatores biopsicossociais e que necessita de tratamento, no entanto o cuidado de enfermagem ainda está permeado por uma estigmatização dos alcoolistas²².

Em relação ao conhecimento sobre questões relacionadas ao álcool e ao alcoolismo, os enfermeiros

apresentam dificuldade em reconhecer os problemas relacionados ao uso do álcool. O preparo dos enfermeiros e o conhecimento relacionam-se diretamente às atitudes positivas frente ao alcoolista. Os resultados deste estudo identificaram que a maioria dos enfermeiros não tem conhecimento sobre as principais diretrizes relacionadas ao consumo de álcool. A capacitação e o preparo dos enfermeiros contribuem positivamente com a mudança das atitudes desses profissionais, diminuindo as atitudes de moralização frente ao uso do álcool¹⁴. Além disso, o fato do profissional ser treinado e trabalhar em um local especializado pode melhorar positivamente as atitudes da equipe em relação ao paciente com problemas com o uso do álcool¹⁶.

Limitações do Estudo

O estudo apresenta uma limitação que merece ser comentada no tocante a escassa produção científica na área do estudo. A escassa produção de estudos nesta área sobre as atitudes dos enfermeiros em relação ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista dificultou uma discussão mais abrangente sobre a temática.

Contribuições para a Prática

O estudo possui relevância para a prática, pois fornece subsídios para o entendimento das atitudes dos enfermeiros de ESF frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Além disso, os achados descritos fornecem subsídios para uma reflexão sobre a importância da mudança das atitudes dos profissionais diante da problemática investigada.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar que, no geral, estes profissionais apresentaram tendências a atitudes negativas frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista e, além disso, o tempo de formação como enfermeiro e a atuação na ESF não apresentaram correlação com as atitudes. Novos estudos devem ser desenvolvidos a nível de ESF para permitir a identificação e contribuir para o aperfeiçoamento da assistência ao usuário de álcool, compreender sobre as questões relacionadas ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, além de permitir a reflexão sobre a mudança das atitudes dos profissionais.

Contribuições dos Autores: Todos os autores contribuíram em todas as etapas do estudo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. 2009 [acesso em 07 set 2016]. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/activities/public_health_alcohol/en/
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em 23 set 2018]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
3. Vargas D. Rastreamento de indivíduos com dependência alcoólica em serviços de atenção básica a saúde. IN: 1º Seminário Internacional da Rede de Pesquisa sobre Drogas. 2007 out.4-5; Brasília, DF, BR. Anais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
4. Saunders JB, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
5. Crothers CE, Dorrian J. Determinants of Nurses' Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems. *ISRN Nurs*. 2011; 821514. doi: <http://dx.doi.org/10.5402/2011/821514>
6. Vargas D, Duarte FAB. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto contexto - enferm*. 2011; 20 (1): 119-126. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100014>
7. Rosenberg MJ, Horland CL. *Atitude, organization and change: Na analysis of consistency among attitude componentes*. New Haven: Yale University Press;1960.
8. Vargas D, Luis MAV. Construção e validação de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16 (5): 895-902. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000500016>
9. Mercês, NP. *Atitudes dos estudantes de psicologia acerca do álcool, do alcoolismo e do alcoolista*. 2013. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
10. Vargas D. Validação de construto da escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e a pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool. *Rev. Psiquiatr. Clín*. 2014; 41 (4): 106-111. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000021>
11. Ramírez EGL, Vargas D. Escala de atitudes frente ao álcool versão em espanhol: evidências de validade e confiabilidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25: e2918. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1721.2918>
12. Ajzen J, Fishben M. *Overview. Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice Hall, 1998.
13. Barreto IS, Krempel MC, Humerez DC. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(4):251-254.
14. Caixeta LMM, Pedrosa LAK, Hass VJ. Análise das atitudes de profissionais da Atenção Primária a Saúde frente a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2016; 12 (2): 84-91. <https://doi.org/110.11606/issn.1806-6976.v12i2p84-91>
15. Ramírez EGL, Vargas D, Luis MV. Atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool em enfermeiros colombianos. *Cogitare enferm*. 24: e58795, 2019. <https://doi.org/110.5380/ce.v24i0.58795>
16. Iqbal N, McCambridge O, Edgar L, Young C, Shorter GW. Health-care professionals' attitudes across different hospital departments regarding alcohol-related presentations. *Drug and Alcohol Review* (September 2015), 34, 487-494. <https://doi.org/10.1111/dar.12243>
17. Hakala T, Kylmä J, Mäkelä KL, Noppari E, Koivunen M. Caring for alcohol-intoxicated patients in an emergency department from the nurses' point of view - focus on attitudes and skills. *Scand J Caring Sci*. 2020 Feb 9 [Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.1111/scs.12825>
18. Vargas D, Labate RC. Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. *Rev Gaúch Enferm*. 2005;26(2):252-260.
19. Moll MF, Boff NN, Silva PS, Siqueira TV, Ventura CAA. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. *Enferm. Foco* 2019; 10 (3): 134-140. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3>
20. Conceição VM, Silva SED, Araujo JS, Santana ME, Vasconcelos EV. As representações sociais da bebida alcoólica e suas consequências na sociedade expressas pela mídia impressa. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(1):42-45.
21. Vargas D. *Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao paciente alcoolista*. [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2001.
22. Barbosa, LN, Manguiera OS, Albuquerque GJ, Guimaraes JF. Cuidado de Enfermagem a pacientes alcoolistas: percepções da equipe de enfermagem. *Rev. Bras. Pesq. Saude* 2013; 15 (2): 88-93.

IMPLICAÇÕES DA SIMULAÇÃO NA AUTOCONFIANÇA E CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: QUASE EXPERIMENTO

Layse Farias Nava¹

<https://orcid.org/0000-0003-1093-765X>

Marcia Cristina da Silva Magro¹

<https://orcid.org/0000-0002-4566-3217>

Objetivo: Verificar se a estratégia de simulação clínica melhora o ganho de conhecimento e de autoconfiança da equipe de profissionais de saúde em situações de parada cardiorrespiratória (PCR) e/ou obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) na atenção primária à saúde (APS). **Metodologia:** Estudo quantitativo, quase-experimental, desenvolvido em unidades básicas de saúde. Amostra composta por 68 profissionais de saúde da APS. Aplicou-se questionário semi-estruturado e escala de autoconfiança. Realizou-se análise descritiva e na inferencial considerou-se significativo resultados com $p \leq 0,05$. **Resultados:** Identificou-se ganho significativo de conhecimento ($p < 0,001$) e de autoconfiança para assistência em situações de PCR e OVACE pela equipe de enfermagem ($p = 0,001$) e agentes comunitários ($p = 0,005$), após emprego da simulação como estratégia de ensino. **Conclusão:** A simulação mostrou efeito positivo para ganho de conhecimento e de autoconfiança para profissionais de saúde, inclusive daqueles que não participam diretamente do cuidado, como os agentes comunitários de saúde.

Descritores: Conhecimento; Atenção Primária à Saúde; Treinamento por Simulação; Confiança.

IMPLICATIONS OF SIMULATION ON SELF-CONFIDENCE AND KNOWLEDGE OF PROFESSIONALS IN PRIMARY CARE: QUASI EXPERIMENTAL

Objective: Objective: To verify if the clinical simulation strategy improves the knowledge and self-confidence gain of the healthcare team in situations of cardiopulmonary arrest (CPR) and/or foreign body airway obstruction (OVACE) in primary health care (APS). **Methodology:** Quantitative, quasi-experimental study, developed in basic health units. Sample composed of 68 PHC health professionals. A semi-structured questionnaire and self-confidence scale were applied. Descriptive analysis was performed and inferential analysis was considered significant with $p \leq 0.05$. **Results:** A significant gain of knowledge ($p < 0.001$) and self-confidence in assisting in CRP and OVACE situations was identified by the nursing staff ($p = 0.001$) and community agents ($p = 0.005$), after the use of simulation as a strategy for teaching. **Conclusion:** The simulation showed a positive effect to gain knowledge and self-confidence for health professionals, including those who do not participate directly in care, such as community health agents.

Descriptors: Knowledge; Primary Health Care; Simulation Training; Confidence.

IMPLICACIONES DE LA SIMULACIÓN SOBRE LA CONFIANZA Y EL CONOCIMIENTO DE PROFESIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA: CASI EXPERIENCIA

Objetivo: verificar si la estrategia de simulación clínica mejora el conocimiento y la autoconfianza del equipo de atención médica en situaciones de paro cardiopulmonar (CPR) y/u obstrucción de las vías respiratorias de cuerpos extraños (OVACE) en la atención primaria de salud (APS). **Metodología:** Estudio cuantitativo, cuasiexperimental, desarrollado en unidades básicas de salud. Muestra compuesta por 68 profesionales de la salud de APS. Se aplicó un cuestionario semiestructurado y una escala de autoconfianza. Se realizó un análisis descriptivo y el análisis inferencial se consideró significativo con $p \leq 0.05$. **Resultados:** El personal de enfermería ($p = 0.001$) y los agentes comunitarios ($p = 0.005$) identificaron una ganancia significativa de conocimiento ($p < 0.001$) y confianza en sí mismos para ayudar en situaciones de CRP y OVACE, después del uso de la simulación como estrategia para enseñanza. **Conclusión:** La simulación mostró un efecto positivo para obtener conocimiento y confianza en sí mismos para los profesionales de la salud, incluidos aquellos que no participan directamente en la atención, como los agentes de salud de la comunidad.

Descriptorios: Conocimiento; Atención Primaria de Salud; Capacitación en Simulación; Confianza.

¹Universidade de Brasília, DF, Brasil.

INTRODUÇÃO

O cuidado do paciente na atenção primária tem se fundamentado em uma perspectiva holística. A constância em processos de qualificação profissional subsidiadas por teorias de aprendizagem tem ganhado destaque e agregado diferencial na medida que experiências profissionais prévias são valorizadas e combinadas a protocolos atuais, consolidando o conhecimento, sobretudo proporcionando um cuidado seguro e de qualidade¹.

A longitudinalidade do cuidado favorece o estabelecimento do vínculo com o usuário, característica peculiar da Atenção Primária à Saúde (APS), capaz de agregar diferenciais ao cuidado, até mesmo em situações clínicas agudizadas²⁻³. Não raro, no ambiente da APS situações de emergência tem ganhado espaço, por isso o controle do estresse e ansiedade pelos profissionais pode ser um diferencial para o desfecho do usuário⁴.

Situações de gravidade geralmente resultam na necessidade de inserção de modelos de capacitação profissional, formado por estratégias dinâmicas e interativas que favoreçam o ganho de habilidades técnicas e não técnicas, como pensamento crítico e capacidade de tomada de decisões⁵. Iniciativas como esta podem contribuir para melhorar o processo de trabalho, a partir do ganho de competências e proporcionar mais autonomia profissional fundamentado em evidências científicas. Vale ressaltar que no contexto profissional, a autonomia se define como autoridade para assumir decisões e liberdade de agir pautado em conhecimento profissional⁶.

No entanto, estudo qualitativo destacou duas barreiras que comumente interferem no ganho de autonomia profissional, uma relacionada a profissão e a outra a organização. Sendo assim, a melhoria dos serviços de capacitação/qualificação profissional e a redução de barreiras organizacionais caracterizadas pela falta de apoio e de motivação podem proporcionar melhores resultados e impactos na assistência⁷.

Nessa perspectiva, a adoção de estratégias como a simulação clínica pode contribuir na melhoria da eficácia de capacitações profissionais, proposta reconhecida em unidades de trabalho como mediadora da consolidação do conhecimento, aprimoramento do comportamento e desempenho na prática clínica real⁸. Essa realidade se traduz em processos de trabalho e não pode ser subestimada, pois repercute no exercício de práticas seguras em redes de atenção à saúde, capazes de integrar a educação, assistência e gestão, como elementos fundamentais para promover ao profissional elevado grau de autonomia e competência em tomadas de decisões, realização de avaliações, diagnóstico e prescrições, além da implementação de programas e planos de cuidado⁵. Esse modelo tem sido reiterado pela demonstração de uma relação positi-

va entre o treinamento da equipe e a segurança do paciente⁹.

Sendo assim, a oferta de capacitação contínua aos profissionais tem representado um dos alvos para o aprimoramento de competências, além de ser um diferencial em ações direcionadas ao atendimento de pacientes em diferentes condições de saúde, inclusive nas situações críticas agudizadas¹⁰. O treinamento baseado em simulação pode ser adotado como ferramenta para melhoria do ensino de disciplinas de gerenciamento e trabalho em equipe, além de mostrar-se útil na formação de profissionais, especialmente quando há necessidade de reproduzir situações com complicações raras, visando o desenvolvimento de práticas de habilidades técnicas e não técnicas de gerenciamento de crise, sem comprometer a segurança do paciente¹¹.

A proposta deste estudo foi motivada pela necessidade de qualificação democrática de profissionais para alcance de um cuidado seguro. Frente ao exposto, a pergunta norteadora foi: A simulação enquanto estratégia de ensino inovadora, mostra-se capaz de reproduzir com realismo situações vivenciadas diariamente e pode contribuir na qualificação profissional visando o alcance de um cuidado holístico, integrado e seguro?

Ante o exposto, definiu-se como objetivo: verificar se a estratégia de simulação clínica melhora o ganho de conhecimento e de autoconfiança da equipe de profissionais de saúde em situações de Parada Cardiorrespiratória (PCR) e/ou Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE), na APS.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo quantitativo, quase experimental não equivalente com pré e pós-testes. Foi pautado na teoria de Kolb, que atribui grande valor aos conhecimentos de caráter experiencial que podem ser confrontados, comparados, ampliados, revisados quando combinados ao conhecimento de caráter teórico¹².

Participantes da pesquisa

A população foi constituída de 128 profissionais de saúde atuantes na atenção primária à saúde (enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde). Foram incluídos profissionais da equipe de enfermagem e agentes comunitários que aceitaram participar do estudo. Os critérios de exclusão foram as desistências durante a coleta de dados, ausência do preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e afastamentos por férias ou licença trabalhista.

A amostra foi não probabilística, consecutiva e constituiu-se de 68 profissionais, sendo 25 enfermeiros (17 assistenciais e 8 gerentes), 21 técnicos de enfermagem e 22 agentes comunitários de saúde. As perdas resultaram de férias, licença

trabalhista e afastamentos.

Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em oito unidades básicas (UBS) da região oeste do Distrito Federal, no período de agosto a outubro de 2018.

Coleta de dados

Foram realizadas oito visitas, sendo uma em cada UBS. A intervenção foi a capacitação de profissionais de saúde (equipe de enfermagem e agentes comunitários) mediada pela simulação.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de instrumentos: (1) questionário com itens de identificação demográfica e profissional e de conhecimento sobre assistência em situações de PCR e OVACE. Para avaliação do conhecimento as questões do questionário ganharam pontuações e a sua soma total foi equivalente a 100 pontos. Os participantes com nota inferior a 50 pontos foram considerados com conhecimento abaixo da média. (2) Escala de Autoconfiança em emergência (alfa de Cronbach= 0,918) composta de 12 itens no formato Likert de cinco pontos: (1) nada confiante, (2) pouco confiante, (3) confiante, (4) muito confiante e (5) extremamente confiante, desenvolvida em 2006, com validação de conteúdo para a língua portuguesa¹³. O seu desenvolvimento foi associado a necessidade de avaliar a variável autoconfiança de estudantes, sendo aqui adaptada para profissionais de saúde. Ela está dividida em em quatro dimensões (1) reconhecimento de sinais e sintomas, (2) avaliação precisa do paciente, (3) intervenção apropriada à demanda e (4) avaliação da eficácia das intervenções, nos sistemas respiratório, cardíaco e neurológico¹³.

Os instrumentos foram aplicados inicialmente para avaliação do nível conhecimento e autoconfiança (baseline) e, imediatamente após a simulação clínica, reaplicados para avaliação das mudanças ocorridas em função desta estratégia.

O protocolo de coleta de dados seguiu algumas fases:

Fase 1 – Estratégia disparadora: sensibilização da equipe gestora das unidades básicas e explicitação dos objetivos e das dinâmicas educativas guiadas pela estratégia de simulação.

Fase 2 – Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aos profissionais que concordaram em participar aplicou-se o questionário de avaliação do conhecimento sobre PCR e OVACE e da escala de autoconfiança em emergência. Todos os instrumentos de coleta de dados preenchidos foram codificados pelo pesquisador, garantindo o anonimato dos participantes. Essa etapa ocorreu em sala privativa para garantir privacidade aos profissionais e individualidade durante o preenchimento durante o período aproximado de 30 minutos.

Fase 3 – O pesquisador ministrou aula teórica sobre PCR e OVACE por meio de recurso audiovisual (multimídia) durante 40 minutos, respeitando as recomendações atualizadas da American Heart Association¹⁴.

Fase 4 –Subdivisão aleatória dos profissionais em grupos compostos de três ou quatro participantes. Cada grupo foi direcionado pelo pesquisador para uma oficina: (a) suporte básico de vida com ênfase no atendimento de PCR para adulto, (b) suporte básico de vida com ênfase em PCR pediátrica, (c) assistência em situações de OVA-CE. As oficinas foram conduzidas por estudantes de uma liga de simulação de emergências e urgências, treinados em vivências realísticas por docentes com expertise na temática. Para condução das oficinas adotou-se práticas e exercícios simulados interativos, a fim de gerar aproximação das experiências profissionais com a teoria ministrada. A implementação ocorreu por meio de simuladores média fidelidade, ou seja, nível intermediário de realismo,¹⁵ a exemplo de simulador Ressusci Anne da Laerdal® e tórax infláveis, que permitem compressão torácica, desfibriladores externos automáticos de treinamento, dispositivo bolsa válvula-máscara para reprodução de manobras de suporte ventilatório.

O rodízio dos profissionais entre as estações foi uma estratégia adotada para oportunizar a todos o treino de habilidades e competências frente a diferentes situações, durante 60 minutos, reduzindo a lacuna entre teoria e prática.

Fase 5 – Ao término das oficinas reaplicou-se o questionário de conhecimento e a escala de autoconfiança em emergência para avaliação das potenciais mudanças e ganhos tanto na confiança como no conhecimento dos profissionais. Foi também oferecido a cada profissional material educativo sobre manobras de PCR e OVACE conforme o guideline da American Heart Association.

Procedimentos de análise de dados

Calculou-se mediana e percentis 25 e 75 para variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Para testar a hipótese de distribuição normal aplicou-se o teste de Kolmogorov Smirnov, como a distribuição foi assimétrica realizou-se os testes Mann-Whitney, Wilcoxon e Fisher, quando apropriados. Para análise dos dados foi adotado o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 23.0 e considerou-se significativo os resultados com $p \leq 0,05$.

Procedimentos éticos:

Obedecendo a Resolução CNS 466/2012, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da

Saúde (CEP/FEPECS), com CAEE 47489415.8.0000.5553.

RESULTADOS

Participaram desse estudo 68 profissionais de saúde, a maioria era do sexo feminino (69,1%), com a faixa etária intermediária, entre 31 a 40 anos de idade (45,6%). Do total de profissionais, a maioria era agente comunitário de saúde (32,4%), seguido de 30,9% técnicos de enfermagem e em menor percentual enfermeiros assistenciais (25%), enfermeiros gerentes (11,7%). Dessa soma, 30,9% afirmaram possuir curso de especialização (*Lato sensu*) e o tempo de experiência profissional na APS foi entre 5 a 10 anos (42,6%).

Mais da metade dos profissionais de saúde relataram não ter participado de cursos de suporte básico de vida (SBV) em cardiologia com ênfase em PCR e OVA-CE (64,7%) e ainda informaram a ausência de rotina de conferência do carro de emergência (52,9%). Apenas um (1,5%) profissional declarou haver protocolo de padronização de materiais (medicamentos, dispositivos venosos e ventilatórios) do carro de emergência. Além disso, 50,0% dos profissionais assumiram que não possuíam capacidade para identificar um evento de PCR, ainda que 25,0% deles tenham respondido corretamente

as questões sobre o reconhecimento de PCR.

O conhecimento sobre a finalidade e o manejo do desfibrilador externo automático (DEA) foi declarado por 4,4% dos profissionais e somente 13,2% conseguiram descrever os cuidados necessários após a identificação da PCR. Somente 8,8% declararam ter cursado SBV em cardiologia e 7,4% curso de primeiros socorros.

A maioria dos profissionais (22,1%) alegou que a falta de material (dispositivos e equipamentos), assim como de treinamento da equipe pode desencadear dificuldades e limitações no cuidado ao paciente.

Foi observado melhora progressiva do conhecimento dos profissionais para atuar em situações de PCR e OVACE a partir da implementação da simulação clínica, ainda que o conhecimento sobre PCR da equipe de enfermagem inicialmente (pré-simulação) tenha se mostrado significativamente superior ao dos agentes comunitários [73,7 (68,4 - 84,2)] vs [50,0 (15,8 - 68,4)] (p=0,001). No entanto, após oficinas com emprego de práticas simuladas o ganho de conhecimento foi similar entre os dois grupos [89,5 (26,3 - 94,7)] vs [84,2 (44,1 - 94,7)] (Tabela 1).

Tabela 1 – Conhecimento dos profissionais de saúde, equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre parada cardiorrespiratória e obstrução de via aérea por corpo estranho nas fases pré e pós-simulação. Brasília (DF), 2018.

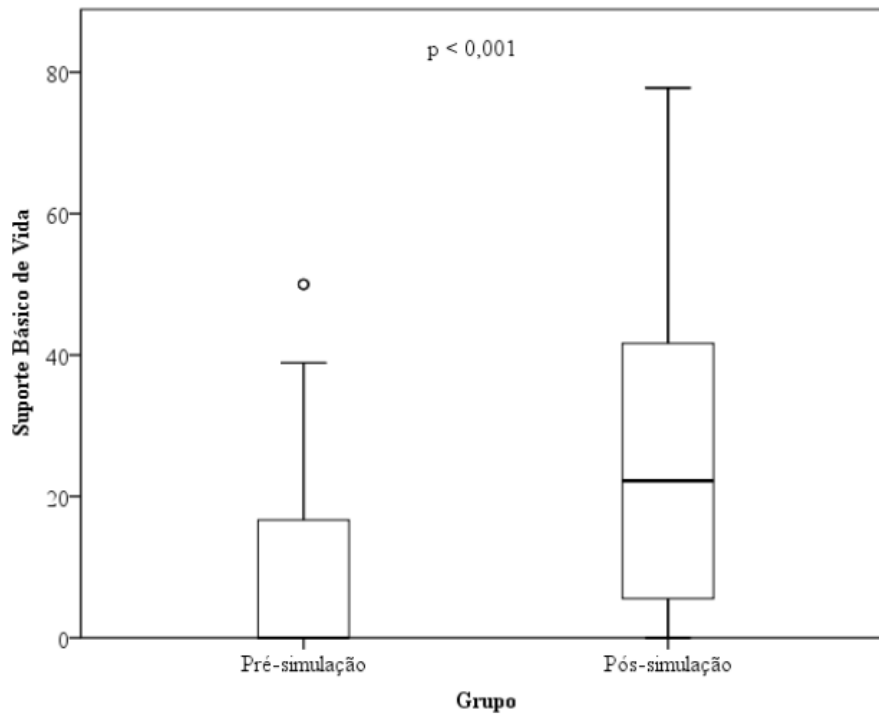
Fases	Função		Valor-p*
	Equipe de enfermagem (n = 46)	Agente comunitário (n = 22)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Pré-simulação	73,7 (68,4 - 84,2)	50,0 (15,8 - 68,4)	0,001
Pós-simulação	89,5 (26,3 - 94,7)	84,2 (44,1 - 94,7)	0,700

*Teste Mann-Whitney.

O ganho de conhecimento sobre PCR e OVACE pelos profissionais, do período inicial (pré-simulação)

para o final do curso (pós-simulação) foi significativo (p < 0,001).

Figura 1 – Conhecimento sobre cuidados em parada cardiorrespiratória e obstrução de vias aéreas pré e pós-simulação. Brasília (DF), 2018.



***Teste Wilcoxon Signed Ranks.**

A autoconfiança para atuar em situações de PCR e OVA-CE melhorou significativamente nos dois grupos (equipe de enfermagem e agentes comunitários), do período pré-simulação para pós-simulação ($p < 0,001$; $p = 0,005$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Autoconfiança dos profissionais durante atendimento em suporte básico de vida e obstrução por corpo estranho de vias aéreas nos períodos pré e pós-simulação. Brasília (DF), 2018.

Teste Wilcoxon Signed Ranks.	Função		Valor-p
	Equipe de enfermagem (n = 46)	Agente comunitário (n = 22)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Etapa			
Pré-simulação	2,5 (2,0 - 3,0)	1,9 (1,3 - 2,2)	0,001
Pós-simulação	3,2 (2,8 - 4,0)	2,9 (2,5 - 3,0)	0,005
Valor-p**	<0,001	0,002	-

* Teste Mann-Whitney ** Teste Wilcoxon

DISCUSSÃO

Atividades de capacitação/qualificação profissional mediadas pela estratégia de simulação têm se mostrado seguras e de qualidade para desenvolvimento de habilidades e competências. Sendo assim, o uso de treinamento norteado pela simulação clínica tem sido considerado eficaz para melhora do desempenho durante o trabalho em equipe, considerando que se concentra na melhoria da consciência situacional e distribuição de tarefas¹⁵.

No presente estudo foi identificado que a autoconfiança dos profissionais de saúde, equipe de enfermagem e agente comunitário, no atendimento a situações de PCR e OVACE melhorou do momento inicial (pré simulação) ao final do estudo (pós-simulação). Estudo destaca que a confiança do indivíduo pode ser aprimorada com o treinamento mediado pela simulação, pois permite o ganho do conhecimento e estimula o pensamento crítico¹⁶. Além disso, evidências científicas mostram que ambientes de aprendizagem com pequenos grupos podem ser significativos e favorecer o desenvolvimento de estratégias simuladas pois possibilitam melhor envolvimento, interação e colaboração profissional¹⁷⁻¹⁸.

O presente estudo ganhou expressividade na melhoria do conhecimento e da autoconfiança de profissionais de saúde ao adotar a simulação como estratégia de capacitação e qualificação profissional em situações de PCR e OVACE. Vale ressaltar que, ao adotar a teoria da aprendizagem experiencial de Kolb na fundamentação e estruturação da estratégia simulada, proporcionou-se um diferencial no processo de aprendizagem enquanto proposta cíclica, que transita desde a experiência concreta, reflexão, conceituação abstrata a experimentação ativa,¹² permitindo ganhos significativos de conhecimento e autoconfiança entre os profissionais para prestação de uma assistência segura e qualificada em situações de PCR e OVACE. A carência de treinamento de equipes profissionais tem se revelado como uma condição que interfere a longo prazo no desempenho, sendo assim a capacitação quando mediada por estratégias dinâmicas, como a simulação, ganha diferencial e aderência dos profissionais e repercute no próprio processo assistencial¹⁹.

Evidência científica mostrou que a falta de participação em cursos de qualificação para assistência em situações de emergência, à exemplo da PCR impacta em déficit do cuidado. De forma similar o presente estudo reforça que o desempenho insatisfatório de profissionais de saúde na assistência a indivíduos em situações clínicas agudizadas como a PCR mostrou-se relacionado a carência de participação em cursos de capacitação. Ressalta-se também que para além da participação em capacitações, o déficit e falhas no desempenho podem também estar vinculados a limitações do próprio

processo formativo combinado a ausência de oportunidades em participar de cursos de atualização²⁰. A importância da educação no apoio e aprimoramento da prática é essencial. Para gerar autonomia, cursos para desenvolvimento profissional, com ênfase em habilidades clínicas, tomada de decisão e liderança, devem ser oferecidos com mais frequência aos profissionais de saúde, haja vista as frequentes atualizações de protocolos e processos na área da saúde⁴.

Os resultados mostraram melhora significativa de conhecimento e autoconfiança na assistência ao indivíduo em situação crítica por meio de oficinas de simulação clínica ($p < 0,05$). Estudo mostrou resultado similar, evidenciando que o emprego da estratégia de simulação possibilita ganhos e consequentemente melhor desempenho na atuação profissional e na autoconfiança, a partir da obtenção de maior controle da ansiedade, comunicação, motivação, capacidade de reflexão e pensamento crítico²¹.

A capacitação mediada pela estratégia de simulação implementada no presente estudo ofereceu um modelo de educação estruturada inserindo na prática do exercício profissional habilidades e competências para o reconhecimento e gerenciamento seguro e qualificado de situações clínicas, melhorando a autonomia profissional e preenchendo as lacunas de conhecimento²².

No contexto geral, os sistemas de saúde e as necessidades de saúde da população em geral em todo o mundo exigem dos profissionais de saúde, inclusive dos enfermeiros conhecimentos, habilidades e atitudes para o exercício seguro da prática,²¹ sendo assim iniciativas como a desenvolvida no presente estudo proporcionam um diferencial e repercutem em melhorias na segurança do paciente.

Limitação do estudo

As limitações se referem a dificuldade de aderência dos profissionais em todas as fases do estudo, motivo que justifica o pequeno tamanho amostral.

Contribuição para a pratica

O estudo proporcionou ganhos e melhorias na atuação dos profissionais em situações clínicas voltadas à emergência, hoje comuns no cenário da APS, mas sobretudo na qualificação e atualização de profissionais e consequentemente na segurança do paciente, haja vista que a atual planificação do cuidado na APS busca a organização dos macroprocessos e a união da teoria à prática. Vale destacar a necessidade de programas de aperfeiçoamento, qualificação e capacitação profissional como o desenvolvido no presente estudo para maior motivação e envolvimento da equipe de profissionais das UBS, principalmente por não vivenciarem rotineiramente situações críticas. Propostas como essa aumentam o potencial de identificação precoce de situações geradoras

de risco de morte e intervenções seguras resultando em qualidade assistencial.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a capacitação mediada pela estratégia de simulação contribuiu para o ganho de conhecimento e autoconfiança de profissionais como enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, no atendimento de situações clínicas agudizadas, como PCR e OVACE em cenários de APS.

Proporcionar o gerenciamento preciso e imediato de pacientes em situações clínicas agudizadas é de extrema importância, embora já haja muitos protocolos estabelecidos para auxiliar esse processo, ainda tem sido limitado a ênfase em habilidades não clínicas como a autoconfiança e conhecimento na APS, abordados no presente estudo.

Contribuições dos Autores: Os autores participaram em todas as etapas do estudo.

REFERÊNCIAS

- Salminen H, Zary N, Björklund K, Toth-Pal Eva, Leanderson C. Virtual patients in primary care: developing a reusable model that fosters reflective practice and clinical reasoning. *Journal of medical Internet research* [Internet]. 2014[citado em 26 nov. 2019]; 16(1):3. Disponível em: <https://www.jmir.org/2014/1/e3/?ref=driverlayer.com>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº1.600 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 (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- Santos JR. A abordagem da equipe de enfermagem do protocolo de parada cardiopulmonar na unidade básica de saúde. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*. 2018 [citado em 30 abr. 2019]; 22(8): 34-41.
- Oshodi TO, Bruneau B, Crockett R, Kinchington F, Nayar S, & West E. Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: a descriptive phenomenological study. *BMC nursing*. 2019 [citado em 20 nov. 2019];18(1), 51.
- International Council of Nursing (ICN). NP and AP Roles - Nurse Practitioner. *Advanced practice nursing network*. 2017 [citado em 25 nov. 2019] Disponível em: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- Santos EI, Gomes AMT, Marques SC, Ramos RS, Silva ACSS, Oliveira FT. Comparative study of representations of professional autonomy produced by first and last-period undergraduate nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2927
- Allahbakhian M, Alimohammad N, Taleghani F, YazdanNik A, Abbasi S, Gholizadeh, L. Barriers to intensive care unit nurses' autonomy in Iran: A qualitative study. *Nursing outlook*. 2017 [citado em 26 nov. 2019]; 65(4):392-399. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655416304079>
- Lorello GR et al. Simulation-based training in anaesthesiology: a systematic review and meta-analysis. *British journal of anaesthesia*, 2013 [citado em 26 nov. 2019]; 112(2) 231-245. Disponível em: <https://academic.oup.com/bja/article/112/2/231/286199>
- Amaral LR, Araújo CAS. Práticas avançadas e segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, n. 6, p. 688-695, 2018.
- Lau Y, HuiChee DG, Hamid ZB, Sieu-HonLeong B, Ed MRCS, Med M, Lau T. Interprofessional simulation-based advanced cardiac life support training: Video-based observational study. *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*. Elsevier, 2019 [citado em 25 mar. 2019]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876139918302500>
- Berry J, Stone K, Reid J, Bell A, Burns R. Pediatric emergency medicine simulation curriculum: Electrical injury. *MedEdPORTAL: the journal of teaching and learning resources*. Abril, 2018 [citado em 28 dez. 2018]; 14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6342442/>
- Kolb DA. *Aprendizagem Experiencial: A experiência como fonte de aprendizagem e desenvolvimento*. Upper Saddle River, Nova Jersey: Prentice Hall: 1984.
- INACSL Standards Committee standards of best practice:simulation glossary. *Clinical simulation in nursing*, Dezembro de 2016.12 (S), S39-S47.
- American Heart Association. (2015). Destaques das Diretrizes da AHA 2015 para RCP e ACE.
- Huang J, Tang Y, Tang J, Shi J, Wang H, Xiong T, et al. Educational efficacy of high-fidelity simulation in neonatal resuscitation training: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical education*. 2019. 19(1), 323.
- Tomazini EAS, Tobase L, Teodoro SV, Peres HHC, Almeida DM, Alvarce DC, et al. Curso on-line sobre suporte avançado de vida em parada cardiopulmonar: inovação para educação permanente. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 10 abr 2018 [citado em 17 mar. 2019]; 19. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/32444
- Peeters MJ, Sexton M, Metz AE, Hasbrouck CS. A team-based interprofessional education course for first-year health professions students. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. nov 2017 [citado em 07 ago. 2019]; 9(6), 1099-1110. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877129716300600>
- O'neil-Pirozzi TM, Musler JEL, Carney MY, Day LE, Hamel PEC, Kirwin JR. Impact of Early Implementation of Experiential Education on the Development of Interprofessional Education Knowledge and Skill Competencies. *Journal of allied health*. 2019 [citado em 07 ago. 2019]; 48(2), 53E-59E. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31167019
- Kiernan LC. Evaluating competence and confidence using simulation technology. *Nursing*. 11 set 2018 [citado em 17 mar. 2019]; 48(10), 45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6155363/>
- Negri EC, Mazzo A, Martins JCA, Pereira Junior GA, Almeida RGDS, Pedersoli CE. Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 13 ago 2017 [citado em 30 jul 2019]; 25. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692017000100604&script=sci_arttext
- Tobase L, Ciqueto HHP, Sartorelli EAT, Valentim ST, et al. Suporte básico de vida: avaliação da aprendizagem com uso de simulação e dispositivos de feedback imediato. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 12 jul 2017 [citado em 25 dez. 2018]; (25):1-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281449566091.pdf>
- Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, de Campos Oliveira MA. Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde?. *Rev Bras Enferm*, [Internet]. 2018 [citado 20 Nov 19]; 71(Suppl 1): 716-721. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700716&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>.

ANÁLISE DOS RESULTADOS DO ÚLTIMO LAUDO CITOPATOLÓGICO DE PACIENTES COM PAPANICOLAOU EM ATRASO

Nathanael de Souza Maciel¹

Francisco Jardsom Moura Luzia¹

Diego da Silva Ferreira¹

Maria Charlianne de Lima Pereira Silva¹

Davide Carlos Joaquim¹

Leilane Barbosa de Sousa¹

<https://orcid.org/0000-0002-5088-011X>

<https://orcid.org/0000-0002-8386-6103>

<https://orcid.org/0000-0002-6314-5405>

<https://orcid.org/0000-0002-3258-6793>

<https://orcid.org/0000-0003-0245-3110>

<https://orcid.org/0000-0003-0266-6255>

Objetivo: Analisar os resultados do último laudo citopatológico de pacientes com o exame Papanicolaou em atraso. **Metodologia:** Estudo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no município de Redenção-CE, no período de abril a setembro de 2018. Foram explorados 660 prontuários de mulheres com idade entre 25 e 64 anos. Para análise foram utilizadas medidas de tendência central e frequências absolutas e relativas. **Resultados:** O número de mulheres que nunca haviam realizado o exame Papanicolaou foi de 44,7% e as que haviam realizado, mas estavam em atraso, foi de 55,3%. A presença de células metaplásicas foi menos frequente (38,6%). Entre agentes infecciosos, houve prevalência dos resultados sugestivos de *Gardnerella vaginalis* e *Mobiluncus* (14,9%), *Cândida sp* (3,9%) e *Trichomonas vaginalis* (1,1%). Os laudos indicaram presença de alterações celulares pré-malignas e malignas. **Conclusão:** Há um grande número de mulheres com o exame Papanicolaou em atraso e uma deficiência na qualidade dos exames, indicada pela ausência de tecido metaplásico. Isto deve motivar a busca ativa das pacientes para interromper a cadeia de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis e tratar lesões no colo do útero precocemente, reduzindo as chances de progressão.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero; Teste de Papanicolaou; Programas de Rastreamento; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE LAST CYTOPATHOLOGICAL EXAM OF PATIENTS WITH DELAYED PAP SMEAR

Objective: To analyze the results of the last cytopathological report of patients with delayed Pap smear. **Methodology:** Documentary, retrospective study with quantitative approach, conducted in the city of Redenção-CE, from April to September 2018. Were explored 660 medical records of women aged 25 to 64 years. For analysis, measures of central tendency and absolute and relative frequencies were used. **Results:** The number of women who had never had the Pap smear was 44,7%, and those who had been submitted but were delayed were 55,3%. The presence of metaplastic cells was less frequent (38,6%). Among infectious agents, there was a prevalence of suggestive results of *Gardnerella vaginalis* and *Mobiluncus* (14,9%), *Candida sp* (3,9%) and *Trichomonas vaginalis* (1,1%). The reports indicated the presence of premalignant and malignant cellular alterations. **Conclusion:** There are a large number of women with delayed Pap tests and a deficiency in the quality of the tests, indicated by the absence of metaplastic tissue. This should motivate the active search of patients to interrupt the chain of transmission of Sexually Transmitted Infections and to treat cervical lesions early, reducing the chances of progression.

Descriptors: Uterine Cervical Neoplasms, Papanicolaou Test; Mass Screening; Primary Health Care; Nursing.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL ÚLTIMO EXAMEN CITOPATOLÓGICO DE PACIENTES CON PAPANICOLAOU EN RETRASO

Objetivo: Analizar resultados del último examen citopatológico de pacientes con Papanicolaou en retraso. **Metodología:** Estudio documental, retrospectivo, con enfoque cuantitativo, realizado en la ciudad de Redenção-CE, de abril a septiembre de 2018. Fueron explorados 660 prontuarios de mujeres de 25 a 64 años. Para el análisis, se utilizaron medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** El número de mujeres que nunca se habían hecho la prueba de Papanicolaou fue del 44,7%, y las que se sometieron, pero estaban en retraso, fueron 55,3%. La presencia de células metaplásicas fue menos frecuente (38,6%). Entre los agentes infecciosos, hubo una prevalencia de resultados sugestivos de *Gardnerella vaginalis* y *Mobiluncus* (14,9%), *Candida sp* (3,9%) y *Trichomonas vaginalis* (1,1%). Los informes indicaron presencia de alteraciones celulares premalignas y malignas. **Conclusión:** Hay una gran cantidad de mujeres con pruebas de Papanicolaou retrasadas y una deficiencia en la calidad de los exámenes, indicada por la ausencia de tejido metaplásico. Esto debería motivar la búsqueda activa de pacientes para interrumpir la cadena de transmisión de las infecciones de transmisión sexual y para tratar las lesiones cervicales temprano, reduciendo las posibilidades de progresión.

Descritores: Neoplasias del Cuello Uterino; Prueba de Papanicolaou; Tamizaje Masivo; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é uma das mais acentuadas ameaças à vida das mulheres, sendo uma das principais causas de morte por câncer nas mulheres de todo o mundo.¹ Com uma estimativa de 570.000 casos e 311.000 mortes em 2018 em todo o mundo, esta doença classifica-se como o quarto câncer mais frequentemente diagnosticado e o quarto com maior mortalidade.² No período de 2014 a 2018, estima-se que o Brasil foi o sexto país mais incidente do mundo (11.733 casos), o sétimo mais prevalente (33.460 casos), sendo o quinto país com mais óbitos em todo o mundo, totalizando 5.244 mortes.³

Com a finalidade de decrescer a incidência de CCU no Brasil, o exame Papanicolaou é tido como a estratégia predominante de rastreamento e detecção precoce do CCU, evidenciado e admitido mundialmente como seguro e eficiente.⁴ Este exame consiste na coleta do material da endocérvice e ectocérvice para análises citopatológicas cérvico-vaginal e microbiológica, deve ser realizado anualmente e, se o mesmo apresentar dois resultados negativos consecutivos, a periodicidade do exame deverá ser de três em três anos.⁵

O rastreamento do CCU e suas lesões precursoras por meio do exame Papanicolaou é essencial, pois viabiliza detectar e tratar precocemente as lesões precursoras do câncer antes da sua evolução para uma doença invasiva. Ademais, é possível detectar outros achados no exame Papanicolaou, como alterações celulares benignas (reativas ou reparativas), inflamação sem identificação de agente, achados microbiológicos (*Lactobacillus sp.*; Cocos, e outros Bacilos), vaginites, infecções sexualmente transmissíveis, dentre outras manifestações clínicas.⁴

A Atenção Primária à Saúde (APS) se adequa como a via preferencial de acesso ao Sistema de Saúde e como centro de comunicação da Redes de Atenção à Saúde, sistematizando o cuidado e ordenando as ações e serviços ofertados na rede. É atribuição da APS desenvolver ações de saúde que incorporem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, valendo-se de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada.⁶ Nesta perspectiva, o elemento mais importante no âmbito da APS para que se obtenha considerável redução da incidência e da mortalidade por CCU é o alcance de uma cobertura elevada da população delimitada como alvo desse problema.⁴

Entretanto, como ainda não há programas efetivamente organizados de rastreamento do CCU no Brasil, não há controle das mulheres que realizam os exames e nem da periodicidade com que o fazem.⁵ Neste âmbito, é importante que os profissionais da equipe multiprofissional de saúde,

sobretudo os enfermeiros, estejam atentos e contribuam para o rastreamento, prevenção e controle do CCU, adotando diferentes estratégias, como a identificação de pacientes com o referido exame em atraso, a interpretação e análise dos resultados dos respectivos laudos citopatológicos, a fim de verificar alguma alteração com possibilidade de progressão que reforce a necessidade da realização de busca ativa.

O enfermeiro possui grande relevância por manter um dos maiores vínculos com as pacientes, por isso necessita conhecer a realidade local da área onde atua para que melhor planeje ações e implemente-as, afim de reduzir as taxas de morbimortalidade por CCU, possibilitando a efetividade da estruturação da prevenção.⁷ Diante disso, acredita-se que este estudo poderá contribuir para o diagnóstico situacional acerca da cobertura do CCU e da caracterização dos laudos de pacientes com o Papanicolaou em atraso, bem como instigar reflexões nos profissionais de enfermagem, com o intuito de aperfeiçoar as estratégias de busca ativa na prevenção do CCU.

Nesta perspectiva, o objetivo desta pesquisa consistiu em analisar os resultados do último laudo citopatológico de pacientes com o exame Papanicolaou em atraso.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo documental, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A amostra não probabilística desse estudo correspondeu a 660 prontuários. Foram incluídos na amostra os prontuários de mulheres que tinham entre 25 e 64 anos de idade, com atividade sexual já iniciada e que haviam realizado o exame Papanicolaou há mais de três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano, ou que tinha realizado apenas um exame normal há mais de um ano.⁴ Foram excluídos os laudos com ausência de informações, como a data de realização do último exame.

Local do estudo

O estudo foi realizado em quatro unidades de atenção primária à saúde (UAPS) da zona urbana do município de Redenção, interior do Estado do Ceará, no período de abril a setembro de 2018.

Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio da análise, nos prontuários das pacientes, das seguintes variáveis: data de nascimento, data da realização do último exame, epitélios presentes na amostra, microbiota identificada e análise celular. Foi construída uma planilha no *software* Microsoft Office Excel 2016 para organizar e armazenar os dados obtidos.

Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do programa de acesso livre EpiInfo, versão 7.2.1.0 (CDC, Atlanta - EUA). Foram aplicados os procedimentos da estatística descritiva nos dados de todas as mulheres que estavam em atraso com o exame de Papanicolaou. Para análise das variáveis numéricas, foram utilizadas medidas de tendência central, ao passo que foram apresentadas frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas.

Procedimentos éticos

Para atender aos critérios éticos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e aprovado sob o parecer de nº 3.033.528 e CAAE 91003518.8.0000.5576. Por se tratar de um estudo retrospectivo de inferência documental dos prontuários, dispensou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A idade média das mulheres atendidas na UABS foi de 41 ($\pm 10,51$) anos. Na Tabela 1, constam informações relacionadas à situação das pacientes acerca da realização do exame Papanicolaou.

Dentre os 660 prontuários analisados, 365 (55,3%) eram de mulheres que haviam realizado o exame, mas estavam com o mesmo em atraso. Neste grupo, a faixa etária mais frequente foi a 35 a 44 anos, com 126 (34,5%) dos registros. Os dados revelam que 295 (44,7%) mulheres nunca haviam realizado o exame, com maior frequência na faixa etária de 25 a 34 anos. A realização do exame preventivo demonstrou decrescer com o aumento da idade da mulher, conforme se pode notar pela diminuição do número de atendimentos a partir da faixa etária de 55 a 64 anos (14,4%).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres conforme realização do exame Papanicolaou e faixa etária. Redenção, CE, Brasil, 2019

Faixa etária (ano)	Nunca realizaram o exame		Exame em atraso		Total	
	n	%	n	%	n	%
25 - 34	119	40,3	89	24,4	208	31,5
35 - 44	85	28,8	126	34,5	211	32,0
45 - 54	61	20,7	85	23,3	146	22,1
55 - 64	30	10,2	65	17,8	95	14,4
Total	295	44,7	365	55,3	660	100

Dos prontuários de mulheres que haviam sido submetidas ao Papanicolaou, 308 (84,4%) registros continham o tipo de epitélio no laudo. A Tabela 2 indica os epitélios representados na amostra, informação obrigatória nos laudos citopatológicos.

As células escamosas foram as que apresentaram registros mais frequentes, aparecendo em 306 (99,4%) dos laudos que continham registros, sucedido por células glandulares (59,1%). A presença de células metaplásicas foi a menos frequente (38,6%).

Tabela 2 – Distribuição das mulheres conforme epitélios identificados no exame Papanicolaou e faixa etária. Redenção, CE, Brasil, 2019

	25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Escamoso	77	25,2	102	33,3	73	23,9	54	17,6	306	100
Glandular	46	25,3	56	30,8	50	27,5	30	16,5	182	100
Metaplásico	25	21,0	46	38,7	23	21,0	23	19,3	119	100

A Tabela 3 apresenta os achados microbiológicos constituintes da microbiota vaginal normal.

Os *Bacilos* apresentaram maior frequência,

correspondendo a 251 (69,3%) dos registros. Em seguida, os 122 (33,7%) registros de *Cocos* e por fim os 27 (7,5%) registros de *Lactobacilos sp.*

Tabela 3 - Distribuição das mulheres conforme faixa etária e microbiota identificada nos laudos. Redenção, CE, Brasil, 2019

Bacilos										
Sim	55	21,9	87	34,7	60	23,9	49	19,5	251	100
Não	32	28,8	39	35,1	24	21,6	16	14,4	111	100
Cocos										
Sim	19	15,6	47	38,5	27	22,1	29	23,8	122	100
Não	68	28,3	79	32,9	57	23,8	36	15,0	240	100
Lactobacilos										
Sim	7	25,9	12	44,4	7	25,9	1	3,7	27	100
Não	80	23,9	114	34,0	77	23,0	64	19,1	335	100

A Tabela 4 apresenta alterações em relação a presença de algum agente infeccioso.

Os resultados sugestivos de *Gardnerella vaginalis* e *Mobiluncus* corresponderam a 54 (14,9%) registros, tendo maior incidência (19,5%) na faixa etária de 25 a 34 anos e um decréscimo inversamente proporcional à idade. *Gardnerella vaginalis* apareceu em 20 (5,5%) registros e *Cândida sp* esteve presente em 14 (3,9%) dos laudos, ambas com prevalência acentuada na faixa etária de 55 a 64 anos. *Trichomonas*

vaginalis apresentou quatro (1,1%) dos registros e *Chlamydia* um registro. Além desses, 11 (3,0%) laudos apresentaram registros de citólise, aparecendo na tabela como outros.

Os laudos ainda indicaram a presença de alterações celulares, sendo um registro de células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, um registro de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (NIC II/III) e um registro de lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor.

Tabela 4 - Distribuição dos agentes infecciosos presentes no exame Papanicolaou segundo a faixa etária. Redenção, CE, Brasil, 2019

<i>Bacilos Supr</i>	17	31,5	19	35,2	12	22,2	6	11,1	54	100
<i>Gardnerella</i>	6	30,0	7	35,0	3	15	4	20	20	100
<i>Candida</i>	4	28,6	5	35,7	3	21,4	2	14,3	14	100
<i>Trichomonas</i>	1	25	0	0	1	25	2	50	4	100
<i>Chlamydia</i>	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
Outros	3	27,3	3	27,3	5	45,4	0	0	11	3,0

DISCUSSÃO

Com a criação do exame Papanicolaou na década de 1940, a citologia cervical ganhou um método robusto e de baixa complexidade para o rastreamento do câncer do colo do útero.⁸ Com amplo conhecimento da biologia celular e com inúmeras ferramentas de triagem e prevenção, o CCU pode ser detectado em um estágio inicial suficiente para ser curável.⁹

A realização periódica de exame de prevenção do CCU é a estratégia mais adotada para o rastreamento desse tipo de câncer. Recomenda-se o rastreamento citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos de idade e o intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos.⁴ Essa faixa etária está em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde.¹⁰

Apesar das recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, muitas mulheres nunca realizaram o exame preventivo. A desinformação, questões sociais, os medos e os tabus, são fatores negativos que as distanciam do exame.⁷ Além disso, é notório que a citologia diagnóstica poderia ajudar a facilitar o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, otimizando a triagem de mulheres jovens com idade entre 20 e 29 anos.¹¹ Portanto, o profissional enfermeiro, através da criação de vínculos com a paciente, pode ser um agente na comunicação entre usuárias e serviços de saúde, oportunizando a prevenção de CCU por meio da adesão ao rastreamento.

Estudo descritivo, retrospectivo e transversal realizado em UAPS do Município de Juazeiro do Norte-CE, constatou que as mulheres na faixa etária 25 a 34 anos foram as que mais realizaram o exame Papanicolaou,¹² o que contrasta com o presente estudo. Na pesquisa retrocitada, evidenciou-se que as mulheres na faixa etária de 55 a 64 anos foram as que menos realizaram exame Papanicolaou, resultado similar aos achados desta análise. Resultado semelhante foi também encontrado em um inquérito domiciliar realizado com 250 mulheres adscritas numa Unidade de Saúde da Família do município de Sinop - MT, onde a faixa etária de 45 a 59 anos foi a que menos realizou o exame.¹³

É fato que o país ainda não dispõe de um sistema de informação de base populacional, item importantíssimo para um rastreamento organizado.⁵ O rastreio oportunista, que ocorre em contextos clínicos e depende da iniciativa da mulher ou do seu médico, deve ser desencorajado. Tais atividades são muitas vezes caracterizadas por alta cobertura em partes selecionadas da população que são examinadas com demasiada frequência, coexistindo com baixa cobertura em outros grupos populacionais com menos condições socioeconômicas, resultando em eficácia limitada e custo-benefício ruim. Um programa de triagem bem organizado deve alcançar alta aceitação, cobertura da população, deve

garantir e demonstrar boa qualidade em todos os níveis de atenção à saúde.¹⁴

Os resultados da análise dos epitélios se assemelham aos achados de outro estudo,¹² onde registrou-se a maior prevalência do epitélio escamoso (80,9%), seguido do epitélio glandular (49,1%) e o metaplásico (7,4%). Nessa perspectiva, é válido salientar que a presença exclusiva de células escamosas deve ser analisada, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.⁴ Assim, é muito favorável que os profissionais de saúde observem para a representatividade da junção escamocolumnar nos esfregaços cervicovaginais.

A presença do epitélio metaplásico tem sido sugerida como indicador de qualidade do exame, pelo fato de este epitélio se situar no local onde se encontra a quase totalidade dos cânceres do útero.⁴ Nesse sentido, é importante que sejam criadas oportunidades de educação e capacitação continuadas que promovam a melhoria dos profissionais e das técnicas para análises laboratoriais, afim de evitar erros desde a coleta até a interpretação, o que poderia acarretar na liberação de resultados errôneos, comprometendo o tratamento e até a sobrevivência do paciente.¹⁵

A análise microbiológica encontrada nesse estudo corrobora achados de um estudo realizado no Estado do Maranhão¹⁶ que identificou bacilos (52,8%), cocos (45,5%) e *Lactobacillus sp* (32,6%). Achados semelhantes foram também encontrados em outra pesquisa realizada, que revelou o predomínio bacilos, cocos e *Lactobacillus sp*.¹⁷ Estes microrganismos não caracterizam infecção que necessita de tratamento, a menos que a paciente mencione alguma sintomatologia, uma vez que representam aspectos naturais da microbiota vaginal.¹⁸⁻¹⁹

Os resultados referentes aos agentes infecciosos encontrados neste estudo se assemelham a outro estudo,²⁰ onde a *Candida sp* e a *Gardnerella vaginalis/mobiluncus*, apareceram 4,45% e 12,74%, respectivamente. Nas infecções sexualmente transmissíveis, tais como tricomoníase e clamídia, foram obtidos, respectivamente, 2,48% e 0,33%, valores semelhantes aos encontrados neste estudo. Desta forma, torna-se relevante o papel dos programas de saúde sexual e reprodutiva, fomentando seu engajamento em projetos de educação em saúde para prevenção de doenças.²¹

As alterações celulares encontradas nos laudos salientam a necessidade de focar em educação permanente dos profissionais da saúde, sobretudo enfermeiros, para que sejam capacitados sobre o manejo do CCU. O conteúdo do treinamento dos profissionais pode incluir informações sobre métodos de rastreamento do CCU, como interpretar resultados anormais e encaminhar os pacientes para os outros níveis de atenção à saúde. Além disso, o acompanhamento por

meio de referência e contrarreferência da usuária poderiam ser melhor explicados e conseqüentemente fortalecidos.²²

A informação em saúde é uma estratégia de triagem transversal, seja por meio de ações educativas, visando cooperar com a construção e adoção de uma postura assistencial positiva ou através da análise de registros que permitam identificar mulheres em situação de vulnerabilidade e que garantam maior qualidade às ações profissionais. Assim, as ações de vigilância são essenciais para o efetivo manejo das estratégias de rastreamento do CCU, pois promovem a cobertura da população de maior risco e apontam formas de reduzir as taxas de morbimortalidade por essa doença.²³

Diante desse cenário, os enfermeiros são profissionais de referência para os cuidados nas diferentes fases do ciclo vital, em distintos territórios, como gestores e gerentes na tomada de decisões. Esses profissionais, com sua concepção ampliada do processo saúde, doença e cuidado, têm papel importante no que é desenvolvido ou não nos territórios e nas possibilidades que se abrem para novas práticas de saúde.²⁴

Limitações do estudo

A pesquisa se limita a registros físicos nos quais dados importantes, como nível de escolaridade e situação socioeconômica, não estavam disponíveis ou estavam incompletos. Sugere-se, portanto, que outras pesquisas sejam realizadas abordando variáveis socioeconômicas.

CONCLUSÃO

Os resultados dos laudos analisados apontam para uma deficiência na qualidade dos exames indicada pela ausência de

tecido glandular e metaplásico em número considerável de laudos, bem como para um grande número de mulheres com o exame Papanicolaou em atraso. Estes achados se tornam ainda mais relevantes diante dos diagnósticos de infecções sexualmente transmissíveis, como a tricomoníase, e de lesões precursoras do câncer do colo uterino, como lesão intraepitelial escamosa de alto grau. A presença destes resultados deve motivar a busca ativa imediata das respectivas pacientes a fim de quebrar a cadeia de transmissão de IST, evitar complicações advindas destas e tratar lesões no colo do útero detectadas precocemente, a fim de reduzir as chances de progressão.

Contribuições do estudo para a prática

Este estudo poderá sensibilizar profissionais sobre a necessidade da implementação de busca ativa de pacientes com este exame em atraso, especialmente das que apresentam alguma IST ou alteração celular pré-maligna ou maligna.

Agradecimentos

Esta pesquisa contou com Bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para o terceiro autor.

Contribuição dos autores

NSM, FJML, DSF, MCLPS, DCJ, LBS contribuíram para a concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization, World Health Organization. Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2016 [acesso em 21 abr 2019]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2018 [acesso em 21 abr 2019];68(6):394-424. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
3. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Cancer today [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [acesso em 21 abr 2019]. Disponível em: <http://gco.iarc.fr/today/home>
4. Brasil, Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2o ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acesso em 21 abr 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio-2a-edicao
5. Brasil, Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama [Internet]. 2o ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 21 abr 2019]. 124 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf

6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro 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]. 2017. [acesso em 20 jul 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
7. Oliveira ES de, Silva ÍF da, Araújo AJ de S, Santos MVS, Queiroz PES. A consulta de enfermagem frente à detecção precoce de lesões no colo do útero. *Rev Enferm Contemp* [Internet]. 2017 [acesso em 27 abr 2019];6(2):186–98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1369>
8. Chantziantoniou N, Donnelly AD, Mukherjee M, Boon ME, Austin RM. Inception and Development of the Papanicolaou Stain Method. *Acta Cytol* [Internet]. 2017 [acesso em 30 mai 2019];61(4–5):266–80. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000457827>
9. Chrysostomou AC, Stylianou DC, Constantinidou A, Kostrikis LG. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. *Viruses* [Internet]. 2018 [acesso em 23 abr 2019];10(12). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fv10120729>
10. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [acesso em 22 abr 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/modules/en/>
11. Lim AW, Landy R, Castanon A, Hollingworth A, Hamilton W, Dudding N, et al. Cytology in the diagnosis of cervical cancer in symptomatic young women: a retrospective review. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2016 [acesso em 23 abr 2019];66(653):e871–9. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687937>
12. Bringel APV, Rodrigues MP de F, Vidal ECF. Análise dos laudos de Papanicolaou realizados em uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 22 abr 2019];17(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i4.30385>
13. Maier SR de O, Nascimento BED, Petri AP, Santos T da S. Avaliação da cobertura do exame citopatológico de colo uterino em uma unidade de saúde da família no norte de Mato Grosso. *Rev Eletronica Gest Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 22 abr 2019];5(4):2532–49. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/1033>
14. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document. *Ann Oncol* [Internet]. 2010 [acesso em 23 abr 2019];21(3):448–58. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1093%2Fannonc%2Fmdp471>
15. Mori MA, Ribeiro C nunes de morais. Falhas no diagnóstico do câncer de colo uterino. 2015 [acesso em 23 abr 2019];(11). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320475052_FALHAS_NO_DIAGNOSTICO_DO_CANCER_DE_COLO_UTERINO
16. Silva DSM da, Silva AMN, Brito LMO, Gomes SRL, Nascimento M do DSB, Chein MB da C. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 22 abr 2019];19(4):1163–70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.00372013>
17. Campos RS, Silva IC, Silva LRL, Pinto MLS, Mochel EG. Prevenção do câncer de colo uterino: achados citológicos e microbiológicos em mulheres e uma cidade do nordeste - Maranhão. *Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2010 [acesso em 23 abr 2019];12(1):45–8. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/969>
18. Gerck MA de S, Girata MY, Nunes CB, Freitas SLF de. Cobertura do exame preventivo de câncer de colo de útero em uma unidade de saúde da família. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 22 abr 2019];19(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i2.32221>
19. Jeronimo CG da F, Moraes M do N. Análise dos resultados dos testes citopatológicos do colo uterino. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2015 [acesso em 22 abr 2019];9(3):7510–5. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10488>
20. Teixeira GA, Fônseca CJB, Lopes TRG, Carvalho JBL, Andrade FB. Prevalence of vulvovaginitis identified in cytological exam. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2008 [acesso em 17 mai 2019];126(6). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10644>
21. Weber AV, Backes LTH. Análise retrospectiva de inflamações cervicovaginais causadas por agentes microbiológicos no sul do Brasil. *Rev Sau Int* [Internet]. 2016 [acesso em 17 mai 2019];9(7). Disponível em: <http://local.cneccsan.edu.br/revistas/index.php/saude/article/view/272/288>
22. Chen Y, Xu Y, Wu D, Li Z, Zhang Z, Meng Y, et al. Survey of cervical cancer and precancerous lesion prevention knowledge within community health service centers in Shanghai, China. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2019 [acesso em 23 jun 2019];98(15). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097%2FMD.00000000000015002>
23. Ribeiro JC, Andrade SR de, Ribeiro JC, Andrade SR de. Health surveillance and pap test coverage: integrative review. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 26 abr 2019];25(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016005320015>
24. Fortuna CM, Matumoto S, Mishima SM, Rodríguez AMMM, Fortuna CM, Matumoto S, et al. Enfermagem em Saúde Coletiva: desejos e práticas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 26 abr 2019];72:336–40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0632>

ANÁLISE DAS UNIDADES DE VACINAÇÃO PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE

Jéssica Oliveira da Cunha¹

Mateus Meneses Bispo¹

Lays Hevécia Silveira de Farias²

Glebson Moura Silva³

Andreia Freire de Menezes⁴

Allan Dantas dos Santos³

<http://orcid.org/0000-0003-3670-9524>

<https://orcid.org/0000-0001-6270-5661>

<https://orcid.org/0000-0003-0558-9582>

<https://orcid.org/0000-0002-4977-2787>

<https://orcid.org/0000-0002-2972-8236>

<https://orcid.org/0000-0002-6529-1887>

Objetivo: avaliar as salas públicas de vacinação do município de Aracaju conforme o Programa Nacional de Imunização. **Metodologia:** estudo avaliativo, transversal realizado em 42 unidades públicas de saúde em 2018 por meio de entrevista semiestruturada com abordagens referentes a estrutura, processo. **Resultados:** todas as salas armazenavam os imunobiológicos em geladeiras domésticas e mais de 60% não mantinham a temperatura adequada da sala; 45% tinham objetos de decoração em suas paredes, 50% das seringas e agulhas de uso diário não estavam acondicionadas adequadamente e 73% não realizavam o tratamento das vacinas compostas com microrganismos vivos antes do descarte e 69% não usavam os cartões controles como forma de monitoramento para realizar busca ativa. **Conclusão:** as salas de vacinação apresentam um índice geral regular e os fatores que interferem no monitoramento dos imunobiológicos precisam ser melhor investigados/avaliados.

Descritores: Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Vacinas, Equipe de Enfermagem, Avaliação em Saúde, Centros de Saúde.

ANALYSIS OF PUBLIC VACCINATION UNITS IN THE MUNICIPALITY OF ARACAJU/SE

Objective: to evaluate the public vaccination rooms of the municipality of Aracaju according to the National Immunization Program. **Methodology:** evaluative, cross-sectional study conducted in 42 public health units in 2018 through semi-structured interviews with approaches related to structure, process. **Results:** all rooms stored immunobiologicals in household refrigerators and more than 60% did not maintain the room's adequate temperature; 45% had decorative objects on their walls, 50% of the daily syringes and needles were not properly packed and 73% did not treat vaccines composed with living microorganisms before disposal and 69% did not use the Cards controls as a way of monitoring to perform active search. **Conclusion:** It is concluded that the vaccination rooms of the municipality presents a regular general index and there is a growing need of the municipality to institute the practice of evaluation in the service for better planning and monitoring of activities.

Descriptors: Health services research, Vaccines, Nursing team, Health Evaluation, Health centers.

ANÁLISIS DE LAS SALAS PÚBLICAS DE VACUNACIÓN DEL MUNICIPIO DE ARACAJU/SE

Objetivo: evaluar las salas públicas de vacunación del municipio de Aracaju de acuerdo con el Programa Nacional de Vacunación. **Metodología:** estudio consultivo y transversal realizado en 42 unidades de salud pública en 2018 a través de entrevistas semiestructuradas con enfoques relacionados con la estructura, el proceso. **Resultados:** todas las habitaciones almacenaban inmunobiológicas en refrigeradores domésticos y más del 60% no mantenían la temperatura adecuada de la habitación; El 45% tenía objetos decorativos en sus paredes, el 50% de las jeringas y agujas diarias no estaban debidamente embaladas y el 73% no trataba las vacunas compuestas con microorganismos vivos antes de la eliminación y el 69% no Las tarjetas controlan como una forma de supervisión para realizar la búsqueda activa. **Conclusión:** Se concluye que las salas de vacunación del municipio presentan un índice general regular y existe una creciente necesidad del municipio de instituir la práctica de evaluación en el servicio para una mejor planificación y seguimiento de las actividades.

Descritores: Servicios de salud Investigación, Vacunas, Equipo de enfermería, Evaluación de la salud, Centros de salud.

¹Universidade Federal de Sergipe, SE, Brasil.

²Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz/PE, Brasil.

³Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Enfermagem/ Campus Lagarto, SE, Brasil

⁴Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Enfermagem/ Campus São Cristóvão, SE, Brasil.

INTRODUÇÃO

A avaliação é conceito fundamental do raciocínio, pois permite análises situadas que permeia todas as áreas do conhecimento do campo científico e da experiência humana para tomadas de decisões mais assertivas, com vistas a garantir a todos os cidadãos que os bens e serviços ofertados sejam de boa qualidade.¹

No âmbito da saúde, a avaliação pode gerar informações de grande valia para a melhoria das intervenções em saúde e, ainda, contribuir diretamente para o aprimoramento dos programas em saúde e formulação de políticas, por meio do monitoramento do seu desempenho, do acesso, da cobertura, eficiência e eficácia.²

Além disso, a avaliação permite identificar entraves à sua concretização e à obtenção de resultados satisfatórios tornando-as claro a sua necessidade em ambientes de saúde³, para eventuais mudanças de rumo, reajustes e melhorias das políticas públicas, e controle social das intervenções realizadas.⁴

Destaca-se nesse âmbito a avaliação de programas, que, por sua vez, tornam acessíveis aos cidadãos a informação e as evidências que levam seu funcionamento a ser mais transparente, proporcionando respostas a problemas existentes ou emergentes e indicando se um programa ainda faz sentido de sua existência.⁵

É válido ressaltar a importância que o Programa Nacional de Imunização representa para a coletividade, com vistas a redução e eliminação de doenças imunopreveníveis, garantindo o sucesso e mostrando-se efetivamente como um dos programas de maiores êxitos e desempenho a nível mundial.⁶ É válido ressaltar a importância da equipe de enfermagem na atuação das ações do PNI, uma vez que esses profissionais estão em constante envolvimento com a prática de imunização.

Os avanços trazem benefícios incontestáveis, porém, também evidenciam desafios inerentes ao desenvolvimento e sucesso do PNI, como: questões logísticas a nível local- salas de vacinação- (rede de frio e manutenção de temperatura dos imunobiológicos); a manutenção de coberturas elevadas de forma homogênea e para todas as vacinas; verificação e monitoramento da percepção do risco da doença e de eventos adversos pós-vacinação (EAPV); identificação de fatores associados à não adesão; a não realização da busca ativa e prevenção da reemergência de doenças já controladas com o recrudescimento de doenças consideradas erradicadas a exemplo do surto de sarampo.

Embora, a vacinação seja considerada uma das intervenções mais seguras e eficazes de todas as intervenções em saúde, a sua implementação enfrenta vários desafios para

garantir o monitoramento de todos os aspectos da imunização, incluindo qualidade da vacina, a manutenção da cadeia de frio, administração, descarte dos perfurocortantes e as condições dos ambientes de trabalho.⁷

Diante do exposto, há uma necessidade crescente das salas de vacinas das unidades de saúde serem avaliadas pela insipiente cultura de avaliação contínua e sistemática a fim de identificar possíveis falhas e retificá-las para garantir a efetividade da resposta dos imunobiológicos e consequente manutenção do controle e erradicação das doenças imunopreveníveis, portanto este estudo tem como objetivo avaliar as salas públicas de vacina da capital Aracaju/SE.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Pesquisa avaliativa de corte transversal com caráter descritivo realizado no município de Aracaju-Se, capital de Sergipe localizada na região litoral do Nordeste do Brasil.

Local do estudo

O município conta com um número de 43 unidades locais de salas públicas de vacinação, localizadas na área urbana e que se encontravam em funcionamento diário no momento da coleta. Destas, apenas uma foi excluída por estar em reforma de sua estrutura física no ato da coleta.

Coleta dos dados

Para a obtenção dos dados utilizou-se um instrumento de supervisão das salas de vacinas do Programa nacional de imunizações (PAISS-PNI) na versão 2.0, validado desde 2003 pelo órgão do Ministério da Saúde, esse instrumento segue uma abordagem que destaca os seguintes itens para avaliar: identificação, aspectos gerais da sala de vacinação; procedimentos técnicos; rede de frio; sistema de informação; eventos adversos pós-vacinação; imunobiológicos especiais; vigilância epidemiológica e educação em saúde.

Para obtenção dos dados utilizou-se como estratégia a entrevista semiestruturada a um membro da equipe de enfermagem que atuava em sala de vacinação há pelo menos um ano e, posteriormente, foi realizada a observação, que se concentrou na estrutura física das salas de vacinação e no conhecimento e atuação prática do profissional para melhor compreender toda a estrutura das salas locais.

Os pesquisadores permaneceram em cada sala de vacina por um período de cinco horas entre os meses de maio a julho de 2018, para acompanhar os procedimentos e as rotinas das salas de vacinação.

Após a coleta, as informações provenientes das entrevistas e observações foram registradas em formulário próprio e em meio eletrônico com dupla digitação a fim de verificar incoerências dos dados e possibilitar o arquivamento em até

cinco anos, no Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (PAISSV) para garantir a padronização do perfil de avaliação e a agilidade na tabulação dos resultados encontrados.

Procedimentos de análise dos dados

De acordo com a pontuação alcançada, a sala avaliada foi classificada conforme Vasconcelos, Rocha e Ayres, 2012 da seguinte forma: de 90,0 a 100,0%, a sala é considerada ideal; de 76,0 a 89,0%, bom; de 50,0 a 75,0%, regular; e uma sala com pontuação inferior a 50,0% insuficiente para funcionamento. As respostas que recebem pontuação baixa são consideradas pelo *software* como 'pontos críticos'. O índice geral para cada aspecto foi calculado como a média da pontuação de todas

as salas. Utilizou-se do aplicativo Microsoft Excel 2016 para sistematização dos dados, e confecção das figuras.

Procedimentos éticos

A coleta de dados foi realizada após a obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 55076616.8.0000.5546) sob protocolo de número 1.586.177.

RESULTADOS

Das 42 salas avaliadas, todas, armazenavam os imunobiológicos em geladeiras domésticas; um pouco mais da metade das salas funcionavam por mais de oito horas diárias e sua localização era acessível em mais de 90% das salas. A tabela 1 mostra aspectos gerais referente as salas.

Tabela 1: Dados referentes as salas de vacinas sobre os aspectos gerais da sala de vacinação na rede pública do Município de Aracaju, Estado de Sergipe. Brasil, 2018.

Variáveis	Sala de Vacinas (N=42)			
	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Sala exclusiva para vacinação	33	78,57	09	21,43
Tamanho mínimo 6m ²	31	73,81	11	26,19
Parede de cor clara, impermeável e fácil higienização	36	85,71	06	14,29
Piso resistente e antiderrapante	32	76,19	10	23,81
Piso impermeável e de fácil higienização	35	83,33	07	16,67
Limpeza geral feita a cada quinze dias	32	76,19	10	23,81
Tem objetos de decoração	23	54,76	19	45,24
Mobiliário com boa distribuição funcional	29	69,05	13	30,95
Organização dos impressos e materiais de expediente	07	87,50	01	12,50
Seringas e agulhas de uso diário acondicionadas adequadamente	21	50	21	50,00
Seringas e agulhas de estoque estão acondicionadas em embalagens fechadas e em local sem umidade	34	80,95	08	19,05
Temperatura da sala entre 18 e 20°C	15	35,71	27	64,29
Proteção adequada contra luz solar direta	30	71,43	12	28,57

A porcentagem referente aos procedimentos técnicos varia de 16% a 73% de não conformidade com os preceitos estabelecidos pelo programa nacional de imunização, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 2- Dados referentes as salas de vacinas sobre Procedimentos Técnicos na rede pública do Município de Aracaju, Estado de Sergipe. Brasil, 2018

Variáveis	Sala de vacinas (n= 42)			
	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Investiga a ocorrência de eventos adversos a doses anterior	17	41,48	25	59,52
Observa situações em que do adiamento temporário	22	52,38	20	47,62
Observa prazo de validade da vacina	29	69,05	13	30,95
O preparo da vacina está correto	32	66,19	10	23,81
Registra data e hora da abertura do frasco	35	83,33	07	16,67
Observa prazo de validade após a abertura do frasco	32	66,19	10	23,81
A administração da vacina está correta	35	83,33	07	16,67
Faz tratamento das vacinas com microrganismos vivos antes do descarte	11	26,19	31	73,81
Faz busca ativa de suscetíveis	23	54,86	19	45,24
Faz uso do cartão controle para criança	17	40,48	25	59,52
Faz uso do cartão controle para adulto	13	30,95	29	69,05
Os cartões controlem são organizados por data de retorno	13	30,95	29	69,05
Realiza busca ativa de faltosos	19	45,24	23	54,76
Observa o prazo de validade das seringas e agulhas	32	67,19	10	23,81

Verificou-se que uma porcentagem das salas estava com algum tipo de irradiação direta sobre o evaporador/refrigerador, além disso a não existên-

cia de um programa de manutenção preventiva para correção de possíveis falhas quando necessário, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Dados referentes as salas de vacinas sobre à rede de frio na rede pública de saúde do Município de Aracaju, Estado de Sergipe, Brasil, 2018.

Variáveis	Sala de vacinas (N= 42)			
	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
O refrigerador está distante de fonte de calor	33	78,57	09	21,43
O refrigerador está distante de incidência de luz solar direta	33	78,57	09	21,43
O refrigerador está distante de 20 cm da parede	19	45,24	23	54,76
No refrigerador são mantidas bobinas de gelo reciclável na quantidade recomendada	19	45,24	23	54,76
No refrigerador tem bandeja coletora de água	37	88,1	05	11,90
Os imunobiológicos estão organizados por tipo, lote e validade	23	54,76	19	45,24
É mantida distância entre os imunobiológicos e as paredes da geladeira	23	54,76	19	45,24
O degelo e a limpeza do refrigerador são realizados a cada 15 dias ou quando atingir 0,5 cm	21	50	21	50
A descrição para degelo e limpeza do refrigerador foi correta	09	21,43	33	78,57
Existe um programa de manutenção preventiva e/ou corretiva para o refrigerador	07	16,66	35	83,33
O serviço dispõe em número suficiente de caixa térmica	32	76,19%	10	23,81
O serviço dispõe em número suficiente de bobinas de gelo	35	83,33	07	16,67
O serviço dispõe em número suficiente de termômetro de máxima e mínima e de cabo extensor	36	61,9	16	38,1
Faz o monitoramento da temperatura da(s) caixa(s) térmica(s)	23	54,76	19	45,24

Uma parcela expressiva das unidades de vacinação não disponibiliza de boletins diários e/ou cartões para acompanhamento o mensal ou diário das atividades rotineiras, conforme demonstra a Tabela 4.

Tabela 4 - Dados referentes as salas de vacinas sobre sistema de informação na rede pública de saúde do Município de Aracaju, Estado de Sergipe. Brasil, 2018.

Variáveis	Sala de Vacinas (N=42)			
	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Possui Cartão da Criança	30	71,43	12	28,57
Possui Boletim Diário de Doses Aplicadas	20	47,62	22	52,38
Possui Boletim Mensal de Doses Aplicadas	28	66,67	14	33,33
Possui Cartão Controle (aprazamento)	17	40,48	25	59,52
Possui Ficha de Investigação de Eventos Adversos	30	71,43	12	28,57
Possui Formulário para Avaliação de Vacinas Sob Suspeita	29	69,05	13	30,95
Possui Manual de Rede de Frios	27	64,29	15	35,71
Possui Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos	27	64,29	15	35,71
Possui Manual de Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais	20	47,62	22	52,38
Tem conhecimento da Cobertura Vacinal	20	47,62	22	52,38
Tem conhecimento da Taxa de abandono	12	28,57	30	71,43

DISCUSSÃO

Após a implementação do PNI no Brasil em 1973 o país tem ganhado repercussão nacional e internacional positiva e exitosa em muitos aspectos na saúde pública seja no controle e/ou na erradicação das doenças imunopreveníveis a exemplo da varíola⁷ da poliomielite e do tétano neonatal.⁸

Embora o progresso das ações de vacinação no país e no mundo tenha sido cada vez mais impactante é válido lembrar que as taxas de sub-vacinação, as falhas inerentes ao processo de conservação/transporte/ armazenamento, e a falta de conhecimento dos profissionais, são aspectos que tem se

tornado um grande desafio para o PNI em manter a efetiva qualidade dos imunobiológicos oferecidos a população,⁹ o que isso requer cada vez mais equipes atualizadas e capacitadas por meio da adesão das boas práticas em imunização.⁽¹⁰⁾

Estudos no Brasil e em diversos países apontam falhas muito similares a esse estudo, como a ausência de manutenção das bobinas de gelo assim como a quantidade insuficiente, falta de manutenção dos equipamentos na faixa de temperatura recomendada para conservação de vacinas, carência de dispositivos para monitoramento da temperatura, procedimentos insuficientes no recebimento de vacinas, uso

de refrigeradores tipo doméstico para armazenamento dos imunobiológicos, além de equipamentos desgastados e com necessidade de substituição.^{8, 11-13}

É preocupante o quantitativo de mais da metade das salas de vacinação não obedecerem aos padrões mínimos de exigência quanto a distância de 20 cm entre a parede e a geladeira; a temperatura da sala em 50% do total avaliado encontravam-se fora do recomendado, bem como a irradiação de luz solar incidindo diretamente sobre as geladeiras, isso corrobora com outros estudos realizados em âmbito nacional e internacional onde mostra grandes chances de perda de atividade imunogênica capaz de produzir efetividade vacinal baixa.^{13,14-16}

A não manutenção da temperatura pode levar à perda de potência da vacina, resultando em falha na imunização e expondo as pessoas ao risco de contrair doenças, além de aumentar o risco de eventos adversos pós-vacinação.¹⁷

Os erros cometidos em instância local (sala de vacina) continuam e os tornam a população mais suscetível ao ressurgimento das doenças imunopreveníveis algo que pode ser evitado/minimizado através da adesão as boas práticas em imunização.¹⁸ É de extrema importância que as equipes da imunização trabalhem com base em conhecimentos que tornem suas ações mais eficientes, já que, alguns especialistas na área identificaram falta desde a supervisão, educação, capacitação, além da inexistência de normas consistentes envolvendo todos os processos de transporte de vacinas.⁽¹⁹⁾

Para minimizar os efeitos deletérios das taxas de vacinação subótimas¹⁰, várias estratégias são utilizadas para garantir que a população receba a vacinação em tempo oportuno, como a vacinação extramuro, a de rotina, de bloqueio, as campanhas, a disponibilidade de horários noturnos em algumas unidades de saúde, a busca ativa de faltosos, o controle rigoroso dos cartões controles e a educação em saúde. Fato este, um pouco distante da realidade do município avaliado em que de 50% a 70% dos locais avaliados algumas dessas atividades supracitadas não se constituía como uma atividade rotineira e isso corrobora com outros estudos.^{20,21}

É sabido que as salas de vacinas, que funcionem sem a oferta de horários alternativos, limitam o acesso, principalmente para as pessoas inseridas no mercado de trabalho.²² No que diz respeito aos aspectos estruturais da sala de vacina, chama a atenção da totalidade ainda serem equipadas com geladeiras domésticas, uma vez que, a OMS não recomenda o seu uso, devido à sua incapacidade de manter a temperatura interna por um tempo mínimo, evitando a exposição das vacinas a extremos indesejados.²³

Além da conservação, merecem atenção aspectos referentes à administração dos imunobiológicos, especial-

mente no que tange às vacinas vivas, que formam um resíduo infectante, necessitando, portanto, de tratamento antes do seu destino final⁽²⁴⁾, que necessitam passar por um processo em autoclave para reduzir ou eliminar o risco de contaminação e de danos ao meio ambiente, mais da metade das salas não realizam este procedimento. Nesse sentido, o Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) evidencia sua importância, já que é um documento obrigatório para cada serviço de saúde, por determinar o correto manejo dos resíduos gerados, de acordo com suas características.⁽²⁵⁾

Contribuições para a prática

Considera-se que o estudo fornece elementos essenciais para compreensão dos pontos críticos nas salas avaliadas e permite aos gestores um conhecimento sobre a realidade além de permitir apontar as deficiências/ fragilidades que foram encontradas para melhor enfrentamento e planejamento das atividades de vacinação.

Limitações do Estudo

Como limitação do estudo, pontua-se que o PAISSV - o instrumento do Ministério da Saúde indicado para avaliar as salas de vacina e representa um método válido e confiável para o seu fim e vem sendo cada vez mais aperfeiçoado. Entretanto, sua última edição foi disponibilizada em 2004, e alguns itens relacionados à conservação de vacina já foram atualizados. Dessa forma, a sua utilização como instrumento de coleta de dados pode ser considerada uma limitação do estudo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as salas de vacinação do município apresentam um índice geral regular e que os fatores que interferem no monitoramento dos imunobiológicos nas salas de vacinação precisam ser melhor investigados/ avaliados. Há uma necessidade crescente do município instituir a prática de avaliação no serviço para um melhor planejamento, execução, acompanhamento e controle das atividades realizadas. Isso permitirá aos gestores uma melhor visualização das potencialidades e fragilidades das salas de vacina sob sua responsabilidade. Nesse sentido, os resultados deste estudo poderão subsidiar a equipe de enfermagem atuante em salas de vacinação na reorientação de suas práticas diárias, bem como auxiliar no trabalho dos gestores.

Contribuições dos Autores: Todos os autores contribuíram em todas as etapas para o manuscrito.

REFERÊNCIAS

- 1- Yuzawa LS, Ferreira WFS, Oliveira EM. Políticas Públicas Brasileira de Imunização e Educação Permanente: Um Recorte Temporal Bioético. Id on Line Rev.Mult. Psic.[internet]. 2019 [cited 2020 feb 12]; 13(45):95-110. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1681/2487>
- 2- Canesqui AM, Vieira SLM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110p. ISBN: 978-85-754-1443-9. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Feb 13]; 31(3): 654-55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000300654&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xre030315>.
- 3- Macedo VLM, Vieira LF, Neves RS, Leandro SS. Avaliação da estratégia saúde da Família em são sebastião – distrito Federal. Enferm. Foco [Internet]. 2019 [cited 2020 feb 13];10(2):15-21. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2330/540>
- 4- Feitosa ANC, Oliveira CL, Duarte EB, Oliveira AM. Avaliação em saúde: uma revisão integrativa. Id On Line: Revista de Psicologia [internet]. 2016 [cited 2019 Jun 1];10(30):274-81. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/457/578>
- 5- Furtado JP, Felipe M, Gasparini V. Há diferenças entre avaliar e analisar? Ciênc. Saúde Coletiva [internet]. 2019 [cited 2020 feb 12]; 24(8):2933-2938. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232018248.25302017
- 6- Lima AA, Pinto ES. O contexto histórico da implantação do programa nacional de imunização (PNI) e sua importância para o sistema único de saúde (SUS). Scire Salutis [internet] 2017 [cited 2020 fev. 13];7(1):53-62. Available from: <http://sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/SPC22369600.2017.001.0005/1008>
- 7- Sacramento J. Gênero e tecnologia na erradicação da varíola. GÊNERO [internet]2018 [cited 2020 fev. 12];18(2):80-102. Available from: <http://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31309>
- 8- Asturias, EJ et al. Contributions and challenges for worldwide vaccine safety: The Global Advisory Committee on Vaccine Safety at 15 years. Vaccine [internet] 2016 [cited 2019 nov. 16];34(29):3342-3349. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X16303012>
- 9- Sato, APS. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil?. Rev. Saúde Pública [internet]. 29 Nov. 2018 [cited 13 Fevereiro 2020]. 52(96):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>
- 11- Sayuri SAP. Programa Nacional de Imunização: Sistema Informatizado como opção a novos desafios. Rev. Saúde Pública [Internet]. July 10, 2015 [cited 2019 Aug 08]; 49: 39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100504&lng=en.
- 12- Canavati S, Plugge E, Suwanjatuporn S, Sombatrungjaroen S, Nosten, F. Barriers to immunization among children of migrant workers from Myanmar living in Tak province, Thailand. Bull. World Health Organ. 2011, 89, 528-53
- 13- World Health Organization (WHO). Vaccination Coverage Cluster Surveys: Reference Manual Version 3. Available online: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/Vaccination_coverage_cluster_survey_with_annexes.pdf (accessed on 15 January 2018).
- 14- Crosewski F, Larooca LM, Chaves MMN. Perdas evitáveis de imunobiológicos na instância local: reflexões acerca do processo de trabalho da enfermagem. Saúde em Debate [internet]. 2018 [Acessado 13 Fev 2020];42(116):203-213. Available from: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n116/203-213/#>
- 15- Pereira MAD, Lima BC, Donnini DA, Oliveira VC, Gontijo TL, Renno HMS. Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e potencialidades. Rev. Enferm. UFSM. 2019 [Acesso em: 2019 jun 15]; 9(32):1-18. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33279/htmlDOIhttps://doi.org/10.5902/2179769233279>
- 16- Siqueira Leila das Graças, Martins Andréa Maria Eleutério de Barros Lima, Versiani Cláudia Mendes Campos, Almeida Lyllian Aparecida Vieira, Oliveira Claudemilson da Silva, Nascimento Jairo Evangelista et al. Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017 Set [citado 2020 Nov 19]; 26(3): 557-568. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300557&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300013>.
- 17- Pinna C, Kaewkungwal J, Hattasingh W, Swaddiwudhipong W, Methakulchart R, Mounsookjareoun A, LawpoolsriS. Evaluation of Immunization Services for Children of Migrant Workers Along Thailand–Myanmar Border: Compliance with Global Vaccine Action Plan (2011– 2020). Vaccines. 5 Feb 2020 [Acessado 13 Fev 2020];8(68): 1-11. Available from: www.mdpi.com/journal/vaccines.
- 18- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 136 p.: il.
- 19- Gori D, Costantino C, Odone A, Ricci B, Ialonardi M, Signorelli C, Vitale F, Fantin MP. The Impact of Mandatory Vaccination Law in Italy on MMR Coverage Rates in Two of the Largest Italian Regions (Emilia Romagna and Sicily): An Effective Strategy to Contrast Vaccine Hesitancy. Vaccines [internet] 2020 [Acessado 13 Fev 2020]; 8(57):1-11. Available from www.mdpi.com/journal/vaccines
- 20- Aglione D, Bezerra GAM, Lopes MH, Nerger MLBR, Guimarães TC, Sartori AMC. Avaliação da rede de frio para conservação de vacinas em unidades básicas de saúde das regiões Sul e Centro-Oeste do município de São Paulo em 2011-2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2016 [Acessado 13 Fev 2020]; 25(1):65-74. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100007>
- 21- González MV, Trumbo SP, Díaz-Ortega JL, Bravo-Alcántara P, Danovaro-Holliday MC, Dietz V., et al. Lessons learned from the development of a new methodology to assess missed opportunities for vaccination in Latin America and the Caribbean. BMC International Health and Human Rights [internet] 2015 [acesso 10 nov 2019];15(5) 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357152/>
- 22- Martins JRT, Viegas SMF, Oliveira VC, Rennó HMS. A vacinação no cotidiano: vivências indicam a Educação Permanente. Esc. Anna Nery [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 13]; 23(4): e20180365. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000400202&lng=en. Epub July 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0365>.
23. Guimarães I, Corvino M. Estratégias de educação permanente em saúde na percepção dos profissionais de Vigilância Sanitária. VD [Internet]. 2016 [cited 13 fev.2020]; 4(1):58-3. Available from: <https://visaemdebate.inccq.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/477>
- 24- Santos Y, Oliveira V, Guimarães E, Silva B, Moraes J, Cortez D. Avaliação normativa das salas de vacina da região Oeste do estado de Minas Gerais, de outubro de 2015 a agosto de 2016. Vigil Sanit Debate [Internet]. 2017 [cited 25 set.2019];5(3):44-2. Available from: <https://visaemdebate.inccq.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/923>
- 25- Moreira AMM, Günther WMR. Solid waste management in primary healthcare centers: application of a facilitation tool. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 13 fev.2020]24(2768):1-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02768.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0646.2768>.

CONTÁGIO INTRADOMICILIAR E STATUS VACINAL ENTRE COMUNICANTES DE PORTADORES DO VÍRUS DA HEPATITE B

Candida Maria Abrahão de Oliveira¹

Alex Junior Souza de Souza¹

Maria de Jesus de Sousa Brasil¹

Manoel do Carmo Pereira Soares¹

Heloísa Marceliano Nunes¹

Márcio Roberto Teixeira Nunes¹

<https://orcid.org/0000-0001-6253-7477>

<https://orcid.org/0000-0001-6201-2777>

<https://orcid.org/0000-0002-8002-9406>

<https://orcid.org/0000-0001-7863-3113>

<https://orcid.org/0000-0002-9335-6932>

<https://orcid.org/0000-0001-9739-5499>

Objetivo: Avaliar a cobertura da vacina contra hepatite B e a frequência da infecção em comunicantes de portadores do Vírus da Hepatite B vinte anos após a implementação da vacina na cidade de Belém, Pará, Brasil. **Método:** Estudo descritivo quantitativo, desenvolvido entre 2016 e 2018. Foram realizadas visitas domiciliares aos portadores do vírus, notificados por meio da busca de comunicantes, com orientações sobre a pesquisa, preenchimento e assinatura de formulários, coleta de amostras para testes sorológicos de hepatite B (HBsAg, anti-HBc total, anti-HBs) por técnica imunoenzimática. **Resultados:** Na população analisada 53,5% são do sexo masculino, com média de idade de 9,4 anos (entre 4 meses a 19 anos com mediana de 10 anos). Não foram detectados portadores de HBsAg reagente; anti-HBc isolado total foi detectado em 2,1%; 4,2% eram anti-HBc total / anti-HBs reagente e 42% anti-HBs isolado, atribuídos à vacinação; 41,7% receberam esquema vacinal completo e 58,3% eram suscetíveis. **Conclusões:** Os resultados encontrados podem ser utilizados como norteadores de ações estratégicas visando ampliar a cobertura vacinal e reduzir a prevalência de infectados na população de comunicantes intradomiciliares.

Descritores: Estudo soropidemiológico; Hepatite B; Contato; Vacina.

HOUSE HOLD CONTAGION AND VACCINATION STATUS AMONG COMMUNICANTS OF HEPATITIS B VIRUS CARRIERS

Objective: To evaluate the coverage of the hepatitis B vaccine and the frequency of infection in communicants of Hepatitis B virus carriers twenty years after the vaccine was implemented in the city of Belém, Pará, Brazil. **Method:** Quantitative descriptive study developed between 2016 and 2018. Home visits were carried out to the carriers of the virus notified through the search for communicants, with guiding on research, filling and signing forms, collecting samples for serological tests for Hepatitis B (HBsAg, total anti - HBc, anti - HBs) by immunoenzymatic technique. **Results:** In the population analyzed 53.5% are male, with a mean age of 9.4 years (ranging from 4 months to 19 years and median of 10 years). Carriers HBsAg reagent were not detected; total anti - HBc isolated was detected in 2.1%; 4.2% were total anti - HBc / anti - HBs reagent and 42% anti - HBs alone, attributed to vaccination; 41.7% received a complete vaccination schedule and 58.3% were susceptible. **Conclusions:** The results found can be used as guidelines for strategic actions aimed at expanding vaccine coverage and reducing the prevalence of infected people in the population of household communicators.

Descriptors: Serumepidemiology study Hepatitis B; Contact; Vaccine.

CONTAGIO INTRADOMICILIAR Y ESTADO DE VACUNACIÓN ENTRE CONTACTOS DE PORTADORES DEL VIRUS DE HEPATITIS B

Objetivo: Evaluar la cobertura de la vacuna contra la hepatitis B y la frecuencia de infección en portadores del Virus de la Hepatitis B veinte años después de la implementación de la vacuna en la ciudad de Belém, Pará, Brasil. **Método:** Estudio descriptivo cuantitativo realizado entre 2016 y 2018. Fueron realizadas visitas domiciliarias a los portadores del virus, notificados a través de la búsqueda de domiciliarios, con orientaciones sobre la investigación, registro y asignatura de formularios, toma de muestras de sangre para pruebas serológicas de Hepatitis B (HBsAg, anti-HBc total, anti-HBs) por la técnica inmunoenzimática. **Resultados:** En la población analizada 53,5% del sexo masculino, con edad promedio de 9,4 años (entre 4 meses a 19 años con mediana de 10 años) no fueron detectados portadores de HBsAg reactivo; el total de anti-HBc fué detectado en 2,1%; 4,2% anti-HBc total/anti-HBs reactivo, y, 42% anti-HBs aislado, atribuido a la vacunación; 41,7% recibieron el esquema completo de vacunación y 58,3% fueron susceptibles. **Conclusiones:** Los resultados encontrados pueden usarse como pautas para acciones estratégicas dirigidas a ampliar la cobertura de vacunación y reducir la prevalencia de personas infectadas en la población de comunicadores domésticos.

Descritores: Estudiosoropidemiológico; Hepatitis B; Contacto; Vacuna.

¹Instituto Evandro Chagas. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Belém, PA, Brasil.

INTRODUÇÃO

A hepatite B, causada pelo Vírus da Hepatite B (VHB), representa um grave problema de saúde pública mundial, mesmo sendo uma doença imunoprevenível por vacina de alta segurança e imunogenicidade¹⁻². O VHB tem tropismo por hepatócitos e pode produzir perfil de infecção aguda e/ou crônica em seres humanos, resultando em quadros clínicos variando de hepatite aguda ou fulminante a hepatite crônica, com progressão para fibrose/cirrose hepática e formação de carcinoma hepatocelular¹⁻².

A infecção por VHB tem ampla distribuição pelo mundo e, segundo características populacionais e epidemiológicas, a prevalência pode variar de acordo com a distribuição geográfica analisada, porém, com prevalências superiores em países subdesenvolvidos em desenvolvimento³⁻⁴.

Portadores de infecção por VHB podem transmitir o vírus a indivíduos suscetíveis, por via sexual ou a partir de contato com sangue contaminado (por via parenteral, percutânea ou transmissão vertical)¹⁻⁵. Neste sentido, objetos que podem produzir escarificação e sangramentos na pele ou em mucosas, quando contaminado com sangue de portadores do VHB e compartilhados, podem representar importantes veículos de transmissão intrafamiliar ou intradomiciliar do agente¹⁻⁶.

O período de incubação do VHB varia em média de 60 a 90 dias, com as primeiras manifestações de sintomas e sinais clínicos de duas a três semanas após a infecção, período de infecção aguda em que o marcador de replicação viral (HbsAg antígeno de superfície do VHB) pode ser detectável sorologicamente¹⁻⁶. Indivíduos com infecção aguda ou crônica podem ser fontes de infecção pelo VHB, inclusive por vários anos, no caso de portadores crônicos⁶⁻⁷.

Fatores de risco como hábitos de relações sexuais sem proteção, múltiplos parceiros sexuais, uso indiscriminado de álcool e drogas injetáveis, aplicação de tatuagem e *piercings* podem aumentar os riscos de infecção por VHB, sobretudo entre adolescentes e adultos jovens, faixas etárias em que algumas destas características psicossociais e comportamentais podem ser favorecidas⁸.

O tratamento das formas agudas da infecção pelo VHB continua inespecífico, sendo indicado apenas o uso de sintomáticos e para as formas crônicas do VHB, no Brasil tem-se utilizado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções⁵.

Na prevenção da infecção pelo VHB, são usadas a imunização ativa e/ou passiva e quimioprofilaxia antiviral. A vacina hepatite B é responsável pela imunização ativa, é segura e confere imunidade por longo prazo, em grande número dos indivíduos saudáveis, tem na sua composição o antígeno de superfície do VHB. A imunização passiva é realizada com o uso

da Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB) que contém elevados títulos de anticorpos específicos. A IGHAB deve ser administrada juntamente com a vacina contra hepatite B em neonatos e indivíduos expostos a situações de risco, tem a finalidade de prevenir a transmissão vertical e realizar a profilaxia pós-exposição. Nos portadores do VHB se utiliza com a finalidade de evitar a reinfeção ao serem submetidos a transplante de fígado⁹.

Dentro do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), consolidado pela Portaria Nº 4, de 28 de setembro de 2017 e alterado pela Portaria Nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, ambas do Ministério da Saúde, as hepatites virais estão incluídas na lista nacional de doenças, agravos e eventos saú-de pública de notificação compulsória, com periodicidade de notificação semanal ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰.

Neste sentido, o estudo teve como objetivo avaliar a cobertura da vacina contra hepatite B e a frequência da infecção em comunicantes de portadores do Vírus da Hepatite B vinte anos após a implementação da vacina na cidade de Belém, Pará, Brasil.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com utilização de estratégia de busca ativa intradomiciliar de casos entre comunicantes de portadores do VHB.

Participantes do estudo

Para o cálculo do número mínimo de participantes e triagem de comunicantes da pesquisa, foram utilizados dados de notificação do Ministério da Saúde, período de 1998-2018, obtidos no banco de dados da Seção de Hepatologia (SAHEP) do Instituto Evandro Chagas (IEC), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Considerando o universo de 837 casos de hepatite B notificados no período, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, o número mínimo de comunicantes incluídos no estudo foi determinado a partir do cálculo apresentado na Figura 1.

$$n_0 = \frac{1}{E^2} = \frac{1}{(0,05)^2} = \frac{1}{0,0025} = 400$$
$$n = \frac{n_0 \times 400}{n_0 + 400} = \frac{400 \times 837}{400 + 837}$$
$$n = \frac{334.800}{1.237} = 270,65 = 271 \text{ participantes}$$

n_0 = Tamanho amostral inicial considerando um erro de 5%; E^2 = margem de erro; n = número amostral mínimo

Foi estimado para o estudo o “n” amostral mínimo de 271 participantes, ao final da pesquisa participaram 288 indivíduos ($n = 288$). Foram utilizados como critérios de inclusão no estudo indivíduos considerados comunicantes de portadores de hepatite B, moradores de um mesmo domicílio, de ambos os sexos, com idade de até 19 anos (considerando o período do início da vacinação no município), residentes na cidade de Belém do Pará, que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa e excluídos indivíduos que declararam não residir ou ter contato domiciliar com infectados por VHB, de faixa etária superior a 20 anos ou que não aceitaram participar da pesquisa.

Foram consideradas comunicantes as pessoas com proximidade ou relação com indivíduo infectado pelo VHB e convívio em ambiente domiciliar com portadores de hepatite B, estando, portanto, expostos a possibilidade de contrair a infecção¹¹.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Município de Belém, Pará, Brasil.

Coleta dos dados com explicitação dos instrumentos e procedimentos

A etapa de coleta de dados e amostras biológicas ocorreu no período de junho de 2016 a julho de 2018.

A pesquisa ao ser desenvolvida foi executada em quatro etapas principais:

1ª Etapa - levantamento de casos notificados de hepatite B e triagem de comunicantes de portadores do VHB, nos bancos de dados da SAHEP ou do SINAN;

2ª Etapa - Contato preliminar com portadores de VHB e/ou familiares, para convite para participação na pesquisa e solicitação de autorização para visita domiciliar. Os dados de contato telefônico e/ou endereço residencial, foram obtidos por meio dos bancos de dados, ocasião em que eram realizados esclarecimentos sobre os objetivos, finalidades do estudo e agendamento de visitas domiciliares pela equipe do estudo;

3ª etapa - Visita domiciliar com orientações sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, obtenção de aceite de participação, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)/Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), aplicado a indivíduos menores de 18 anos, assinado pelos seus representantes legais. Aplicada a Ficha de Inquérito Individual para obtenção de dados demográficos e epidemiológicos dos participantes, bem como avaliação da caderneta de vacinação para os que possuíam o documento e coleta de amostras biológicas para testes sorológicos e moleculares para VHB. Uma amostra de cerca de 8 mL sangue foi coletada de cada participante, por meio de punção venosa com agulha e tubo tipo Vacutainer®, sem anticoagulante, para

posterior obtenção de soro, utilizado na realização de exames laboratoriais para pesquisa de infecção por VHB.

4ª Etapa - Processamento laboratorial, análise de marcadores sorológicos e perfis de infecção para hepatite B e dos dados demográficos e epidemiológicos.

Foram analisados os marcadores sorológicos HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs, utilizando kits comerciais dos laboratórios Biomérieux® e/ou Biolisa® (Lyon, França), Dia.Pro® (Milão, Itália) e SYM - Symbiosys® (São Paulo, Brasil), respectivamente, por técnica imunoenzimática (ELISA).

As amostras positivas ou inconclusivas para anti-HBc isolado foram encaminhadas para detecção molecular utilizando na extração do DNA viral o kit QIAamp MinEluteVirus Spin (QIAGEN) conforme as instruções do fabricante e submetido à amplificação por *Nested-PCR* de um fragmento de 734 pb da região S/POL viral, genes que codificam o HBsAg e a polimerase viral. Nos testes de *Nested-PCR*, foram utilizados os primers FHBS1, 5'- GAG TCT AGA CTC GTG GTG GAC TTC-3' e RADE1M, 5'- TGC RTC AGC AAA CAC TTG GC-3', no primeiro *round* de PCR e os primers FHBS2, 5' - CGT GGT GGA CTT CTC TCA ATT TTC- 3', e RADE2M, 5'- TGR CAN ACY TTC CAR TCA ATN GG-3', segundo condições de termociclagem descritas previamente¹²⁻¹³. Os amplicons foram submetidos a eletroforese em gel de agarose 1% e produtos com tamanho próximo ao tamanho esperado (734 pb) foram considerados como positivos.

Procedimentos de análise dos dados

Os resultados foram armazenados na base de dados da SAHEP/IEC (Hepatoware) e as análises estatísticas conduzidas empregando-se os softwares EPIINFO 2007, versão 7.1.0.6 e BioEstat 5.0.

Para a medida de tendência central utilizada pelo tempo decorrido entre a terceira/quarta dose da vacina e a coleta de sangue foi feita pelo cálculo da média. Por comparação simples e univariada foi utilizado o teste Qui-quadrado para análise da associação entre as variáveis: sexo, dose da vacina e marcador sorológico anti-HBc reagente isolado, todos utilizando o nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$).

Procedimentos éticos

A execução do projeto foi aprovada por Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos do IEC, sob Parecer nº 1.436.848, atendendo à Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes ou representantes legais assinaram o TCLE e o TALE (menores de 18 anos). Os nomes foram substituídos pelas iniciais e por número de identificação das amostras biológicas.

RESULTADOS

A maior frequência de coletas ocorreu nos bairros do Benguí (11,8%, 34/288); Guamá (11,5% - 33/288), Val-de-Cães (8,7% - 25/288), Jurunas (8,3% - 24/288), Pedreira (6,9% - 20/288), Marco e Tapanã (5,9% - 17/288, respectivamente), Terra Firme (5,2% - 15/288) e Campina de Icoarací (3,5% - 10/288). Os demais 32,3% (93/288) estavam distribuídos por outros bairros da cidade de Belém.

A amostra constituiu-se de 53,5% (154/288) de indivíduos do sexo masculino. A média de idade foi de nove anos, com variação de quatro meses a 19 anos de idade e mediana de dez anos. A maior frequência de indivíduos foi encontrada entre 10 e 14 anos (29,2% - 84/288) e a menor entre os menores de ano de idade (3,8% - 11/288), conforme apresentado na Tabela 1.

Faixa etária (anos)	Examinados n (%)	Sexo	
		Masculino n (%)	Feminino n (%)
< 1	11 (3,8)	4 (36,4)	7 (63,6)
01 - 04	60 (20,8)	31 (51,7)	29 (21,6)
05 - 09	70 (24,3)	40 (57,1)	30 (48,3)
10 - 14	84 (29,2)	46 (54,8)	38 (42,9)
15 - 19	63 (21,9)	33 (52,4)	30 (47,6)
Total	288 (100,0)	154 (53,5)	134 (46,5)

Segundo a ocupação, entre o total de indivíduos examinados, 69% declararam ser estudantes e 56,3% com ensino fundamental incompleto/completo; 11,5% já tinham sido submetidos a cirurgias; 1,7% apresentaram histórico de transfusão de sangue; 3,8% possuíam *piercing* e 1,2% tatuagens; 7,3% declararam uso de preservativos nas relações sexuais; 2,8% nunca usava kit próprio de manicure; 0,3% declarou uso de drogas inaláveis/injetáveis e 3,5% consumiam bebida alcoólica.

Sobre informações referentes à vacina hepatite B, 78,1% a desconheciam; para 5,6% o número de doses da vacina atrapalhava a conclusão do esquema vacinal; 54,9% não possuíam carteira de vacinação, 1,4% tinham dificuldade de encontrar

a vacina, 3,1% afirmaram temiam ser vacinados e 9% assumiram a falta de interesse pela vacina.

A análise sorológica não detectou portadores do VHB entre os comunicantes, caracterizado pela ausência do HBsAg; o marcador anti-HBc total isolado foi detectado em 2,1% (6/288) amostras reagentes; 4,2% (12/288) das amostras examinadas foram anti-HBc total/anti-HBs reagentes e 42% (121/288) apresentaram anti-HBs isolado reagente, atribuído à vacinação onde 73,3% estavam na faixa etária de um a quatro anos. Verificou-se significância estatística para anti-HBs isolado por realização do teste qui-quadrado de aderência para amostras esperadas iguais, com p (valor) <0,0001 (Tabela 2).

Tabela 2 - Soroprevalência dos marcadores do VHB* entre comunicantes de portadores do VHB, Belém, PA, 2016 - 2018.

Faixa etária (anos)	N	anti-HBc+/anti-HBs+		anti-HBc+ isolado		anti-HBs+ isolado		P-valor
		n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	
< 1	11	4 (36,4)	(0,4-0,9)	()	(0,3-0,8)	7 (63,6)	(0,3-0,8)	
01 - 04	60	4 (6,7)	(0,92-4,2)	()	(0,9-4,2)	44 (73,3)	(0,9-4,2)	
05 - 09	70	1 (1,4)	(4,6- 9,3)	()	(4,6-9,2)	21 (30,0)	(4,6-9,2)	<0,0001*
10 - 14	84	1 (1,2)	(9,5-14,5)	4 (4,8)	(9,4-14,5)	22 (26,2)	(9,4-14,5)	
15 - 19	63	2 (3,2)	(14,8-19,3)	2 (3,2)	(14,6-19,6)	27 (42,9)	(14,6-19,6)	
Total	288	12 (4,2)		6 (2,1)		121 (42,0)		

N= População examinada; Sinal convencional utilizado: - = dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento; *Marcadores do VHB: HBsAg+= portador do VHB; anti-HBc total+/anti-HBs+ = perfil de infecção pregressa pelo VHB; anti-HBc total+ isolado = perfil compatível com infecção pregressa ou atual pelo VHB; anti-HBs+ isolado = perfil compatível com proteção vacinal; *teste qui-quadrado para variável anti-HBs isolado.

Do total examinado 41,6% (120/288) receberam esquema completo (três/quatro doses) da vacina hepatite B e 58,4% (168/288) eram suscetíveis ao VHB. Entre os que receberam esquema completo 51,8% (73/141) consistiam em menores de quatro anos de idade.

Essa diferença entre as doses de vacina hepatite B aplicadas foram estatisticamente significativas se comparadas entre as doses de vacina recebidas por ser um grupo com resposta imune, com $p < 0,0001$, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Vacina hepatite B entre comunicantes de portadores do VHB, Belém, Pará, Brasil, 2016 a 2018.

Faixa etária (anos)	N	1 dose (%)	2 dose (%)	3/4 dose (%)	Nenhuma dose/ Não sabe / (%)	P-valor
<1	11	1 (9,0)	4 (36,4)	4 (36,4)	2 (18,2)	
01 - 04	60	1 (1,7)	1 (1,7)	36 (60,0)	22 (36,7)	<0,0001*
05 - 09	70	1 (1,4)	1 (1,4)	33 (47,0)	35 (50,0)	
10 - 14	84	1 (1,2)	()	30 (35,7)	53 (63,1)	
15 - 19	63	()	()	17 (27,0)	46 (73,0)	
Total	288	4 (1,4)	6 (2,1)	120 (41,6)	158 (54,9)	

Nenhuma dose = Não vacinados; Vacinados= com esquema vacinal completo (três/quatro doses); Não vacinados = indivíduos que receberam apenas uma, duas ou nenhuma dose de vacina foi aplicada; Sinal convencional utilizado = , dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento; *teste qui-quadrado para a variável 3ª/4ª dose.

Em nenhuma das onze amostras examinadas pelo teste de biologia molecular por PCR, foi detectada a presença do DNA do VHB.

DISCUSSÃO

Compreendemos que, a qualidade de vida da população pode ser influenciada por ações de educação em saúde, porém, faz pouco caso em aceitar e participar, apesar do incipiente interesse e resistência, fatores associados à influência do modelo biomédico, diferente do modelo de saúde atual, que valoriza as ações de prevenção e promoção da saúde¹⁴, sendo a estratégia de imunizar crianças, adolescentes e indivíduos importante para minimizar riscos e mitigar doenças.

Estudo que mostrou que a distribuição da infecção pelo VHB no Brasil apresentava tendência de redução da prevalência da hepatite B, classificando o território nacional como de baixa endemicidade para o VHB¹⁵. A presente pesquisa sugeriu um padrão de baixa endemicidade, identificado pela ausência do marcador sorológico HBsAg, de acordo com a classificação de Chen e Chang¹⁶.

Por ocasião das visitas domiciliares constatou-se que os portadores do VHB, residiam em locais de difícil acesso e em precárias condições de moradia, corroborando com estudo realizado em 2010 que relacionou a infecção por hepatite B a precárias condições de vida¹⁷.

A visita domiciliar se apresenta como uma estratégia de reconhecida importância dos serviços de saúde, como ferramenta no combate à redução da pobreza e de seus impactos sanitários derivados¹⁸.

O grupo estudado foi considerado de risco elevado para infecção pelo VHB por estar a mercê, em relação às questões de comportamento, sem proteção adequada relacionada a vida sexual, por utilizarem álcool e drogas, pelo modismo quanto a aplicação de tatuagens e *piercings*, fatores esses associados as características normais de seu desenvolvimento psicossocial, lhes proporcionando uma sensação de invulnerabilidade e imortalidade, não possibilitando a compreensão das consequências desses comportamentos para o futuro, o que também foi percebido em estudo sobre adolescentes e a vacina contra hepatite B⁹.

A pesquisa atual assemelhou-se ao estudo de prevalência realizado em diversas capitais brasileiras e no Distrito Federal, que caracterizou ausência de portadores do VHB entre os participantes, apesar de ser esperado encontrar um percentual de resultados reagentes por tratar-se de uma população composta por indivíduos submetidos a situações de risco¹⁹.

Estudo realizado no Irã identificou que não existia um programa de rotina para triagem de indivíduos infectados pelo VHB na região estudada, portanto havia a possibilidade da infecção ser transmitida antes da realização de um teste diag-

nóstico, o que pode ter acontecido entre os participantes da presente pesquisa em relação aos infectados²⁰.

O resultado atual detectou a falta de interesse como principal causa da não vacinação em 9% dos examinados, diferente do estudo realizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), em Volta Redonda, Rio de Janeiro, em 2013, onde 37% citou o esquecimento como motivo principal²¹.

Estudo realizado com enfermeiros da ESF apontou que a imunização foi citada apenas por um participante como uma intervenção para prevenir doenças, bem como pouco relatada entre as intervenções de prevenção primária. Sentiu-se a necessidade de ampliação desse conhecimento entre a equipe de enfermagem, de forma a contribuir com a população, especialmente pelo exposto na pesquisa atual sobre o comportamento de seus integrantes em relação a não se vacinarem²².

A caderneta de vacinação se caracterizou como uma das dificuldades encontradas, considerando que 54,9% dos entrevistados não possuíam o documento. Percebeu-se que uma das maneiras de solucionar o problema das perdas seria implantar um sistema informatizado adequado, para consolidar as informações sobre vacinas, corroborando com Santos e Oliveira²³, quando citaram a falta de um sistema de informação personalizado como uma das barreiras do sistema de saúde dentro dos desafios da vacinação.

Na verificação da resposta imune à vacina hepatite B a investigação identificou uma taxa de 42% (121/288) de indivíduos com anti-HBs isolado, atribuída à vacinação, sendo que a maior cobertura vacinal estava na faixa etária de um a quatro anos com 36,4%. Ao analisar a população de zero a nove anos foram encontrados 59,6% de anti-HBs reagente isolado, inferior a estudo desenvolvido na cidade de Buritcupu, Maranhão, na região leste da Amazônia brasileira que alcançou percentual maior que 70% de vacinados entre crianças de zero a dez anos, e também inferior ao estudo entre crianças e adolescentes do Egito, com esquema vacinal completo que encontrou proteção sorológica de 57,2%^{17,24}.

A cobertura vacinal do município de Belém do Pará ficou heterogênea para o período analisado, foi abaixo da média nacional, similar ao que aconteceu em estudo na cidade de Trindade, Estado de Goiás, que obteve cobertura insatisfatória na maior parte dos anos, considerando que a base da prevenção da hepatite B é a vacina, que confere 90% a 95% de proteção aos indivíduos imunocompetentes, com esquema vacinal apropriado²⁵⁻²⁷.

A prevalência de 58,3% de não vacinados encontrada pelo estudo, foi superior ao encontrado em dois municípios da Microrregião de Parauapebas, sudeste do estado do Pará, onde no município de Canaã dos Carajás detectou-se prevalência

de 44,1% e no município de Curionópolis 36,4% de suscetíveis ao VHB²⁸.

Em relação a faixa etária das crianças com atraso vacinal, a maior prevalência foi entre os menores de um ano com 66,7%, superior ao encontrado em estudo, que identificou 25,1% de crianças com maioria na faixa etária acima de três anos com esquema vacinal incompleto²⁹.

Limitações do estudo

O estudo apresentou como principais limitações: o desconhecimento do estado de portador do VHB pelos investigados; a falta de conhecimento da importância da vacina, impactando na resposta da cobertura vacinal; as dificuldades relacionadas à coleta de sangue; e a presença do responsável quando da realização do inquérito inibindo as informações dadas pelos jovens por ocasião da entrevista.

Nas visitas domiciliares houve dificuldades pela fragilidade do sistema de segurança pública, mudanças frequentes de endereço, resistência das pessoas em receber a equipe e em participar do projeto, comportamentos associados à desinformação.

Contribuições para a prática

O estudo contribuirá para a elevação do conhecimento dos profissionais da saúde, sobretudo os de Enfermagem, na área de Hepatologia, ressaltando a importância da busca ativa de casos na vigilância epidemiológica da hepatite B. Ao enfermeiro quando da elaboração e desenvolvimento de ações como educação em saúde com a comunidade, melhoria da cobertura vacinal, uma vigilância epidemiológica mais ativa de acompanhamento dos comunicantes de portadores do VHB, insipiente na atenção primária à saúde.

CONCLUSÃO

A ausência de portadores do VHB, entre comunicantes de portadores de hepatite B, abaixo de 20 anos de idade, no município de Belém, sugere uma baixa endemicidade nesse grupo populacional, mesmo com a cobertura vacinal abaixo do preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

Os achados relativos ao esquema vacinal incompleto e os resultados não reagentes ou não realizados para o teste anti-HBs evidenciaram uma realidade preocupante entre os adolescentes e crianças, sobretudo os comunicantes de portadores do VHB, vislumbrando a falta de proteção adequada e alta frequência de indivíduos suscetíveis, expostos ao risco de infecção, sugerindo a necessidade de incremento dos programas de educação em saúde.

Os resultados encontrados permitiram inferir a necessidade de maior atenção para a população avaliada, maior controle dos comunicantes com realização de visitas domiciliares e exames sorológicos para controle dessa população; regis-

tro adequado das doses de vacina, orientação aos responsáveis, fortalecimento do PNI e incrementação das atividades de vigilância epidemiológica, além de contribuir informando a comunidade científica sobre a situação dos comunicantes de portadores do VHB.

Em razão das taxas de prevalência na região Amazônica brasileira, sugerimos a realização de novos estudos dirigidos sobre a prevalência do VHB em faixa etária de maiores de vinte anos e avaliação da resposta imune em amostras da população.

Contribuições dos Autores: Todos os autores participaram de todas as etapas do trabalho.

Financiamento: Este estudo foi apoiado por financiamento do Ministério da Saúde.

Agradecimentos: Os autores gostariam de agradecer a todos os participantes que tornaram esta pesquisa possível e ao Instituto Evandro Chagas, Secretaria de Vigilância em Saúde, servidores do Ministério da Saúde pela colaboração no desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites Virais. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Cap. 4, p. 264-276. [Internet]. 2019 [cited 2019 jun 13]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>.
- World Health Organization (WHO). Hepatitis B. United States of America [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 13]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.
- Locarnini S, Hatzakis A, Chen D-S, Lok A. Strategies to control hepatitis B: Public policy, epidemiology, vaccine and drugs. *J Hepatol* [Internet]. 2015 [cited 2019 out 16]; 62(1Suppl):S76-S86. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827815000495>.
- Maclachlan JH, Locarnini S, Cowie BC. Estimating the global prevalence of hepatitis B. *The Lancet* [Internet]. 2015 [cited 2019 jul 15]; 386:515-1517. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61116-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61116-3/fulltext).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Cap. 28, p. 208-232. [Internet]. 2019 [cited 2019 dez 16]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
- Pereira VRZB, Wolf JM, Luz CAS, Stumm GZ, BoeiraTR, Galvan J, Simon D, Lunge VR, et al. Risk factors for hepatitis B transmission in South Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. [Internet]. 2017 [cited 2020 abr 11]; 112(8):544-550. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/mioc/v112n8/0074-0276-mioc-112-8-0544.pdf>.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Cap. 4, p. 255-299. [Internet]. 2017 [cited 2019 jan 7]. Available from: http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/10/volume_2_guia_de_vigilancia_em_saude_2017.pdf.
- Coutinho, MFG. Adolescência: vacina contra hepatite B. *Adolescência & Saúde*. [Internet]. 2010 [cited 2019 nov 19]; 7(1):23-30. Available from: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesaude.com/pdf/v7n1a05.pdf>.
- Orlando R, Foggia M, Maraolo AE, Mascolo S, Palmiero G, Tambaro O, et al. Prevention of hepatitis B virus infection: from the past to the future. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 23]; 34(6):1059-1070. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10096-015-2341-x>.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. p. 14-21. [Internet]. 2019 [cited 2020 jan 14]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2019>.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Cap. 6, p. 23-45. [Internet]. 2010 [cited 2018 dez 11]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf.
12. Sitnik R, Pinho JR, Bertolini DA, Bernardini AP, Da Silva LC, Carrilho FJ. Hepatitis B virus genotypes and precore and core mutants in Brazilian patients. *Journal of Clinical Microbiology* [Internet]. 2004 [cited 2019 set 25]; 42(6):2455-2460. Available from: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC427827&blobtype=pdf>.
13. Gomes-Gouvêa MS, Soares MC, Bensabath G, De Carvalho-Mello IM, Brito EM, Souza OS, Queiroz AT, Carrilho FJ, Pinho JR. Hepatitis B virus and hepatitis delta virus genotypes in outbreak of fulminant hepatitis (Labre black fever) in the western Brazilian Amazon region. *J Gen Virol* [Internet]. 2019 [cited 2019 abr 25]; 90:2638-2643, 2009. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/>

handle/iciict/27391.

14. Silva JMA, Batista BD, Carmo AP, Gadelha MMT, Andrade ME, Fernandes MC. Dificuldades experienciadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na realização da educação em saúde. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 mai]; 10(3):8287. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1818/577>.
15. Souto FJ. Distribution of hepatitis B infection in Brazil: the epidemiological situation at the beginning of the 21 Century. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* [Internet]. 2016 [cited 2020 jan 30]; 49(1):1123. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v49n1/00378682rsbmt1015900037868201762015.pdf>.
16. Chen ST., Chang MH. Epidemiology and Natural History of Hepatitis B in Children. In: Jonas MM, editor. *Viral Hepatitis in Children: unique features and opportunities (Clinical gastroenterology)*. New York: Springer; 2010. p. 13-28.
17. El Khouri M, Cordeiro Q, Luz DABP, Duarte LS, Gama MEA, Corbett EP. Endemic hepatitis B and C virus infection in a Brazilian eastern amazon region. *Arq. Gastroenterol* [Internet]. 2010 [Cited 2020 abr 01]; 47(1):35-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000428032010000100007&lng=en&nrm=iso.
18. Minkovitz CS, Neill KMGO, Duggan AK. Home visiting: a service strategy to reduce poverty and mitigate its consequences. *Acad Pediatr* [Internet]. 2016 [cited 2019 dez 18]; 16(3Suppl):S105-11. Available from: <https://www.hvresearch.org/wp-content/uploads/2018/01/PIIS1876285916000218.pdf>.
19. Universidade de Pernambuco. Núcleo de Pós-graduação. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil. Recife: Núcleo de Pós-graduação, Universidade de Pernambuco [Internet]. 2010 [Citado 2019 ago 22]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/50071/estudo_prevalencia_hepatites_pdf_26830.pdf
20. Sali, S, Azarmanesh S, HediyeHghalikhani H, Vaezjalali M. Phylogenetic Analysis of hepatitis B virus among household members with HBV chronic infection. *Avicenna Journal of Medical Biotechnology* [Internet]. 2019 [Cited 2019 Jul]; 11(3):221-228. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6626507/pdf/AJMB-11-221.pdf>.
21. Carneiro SG, Ribeiro TT, Cardoso MDT, Strapasson JF, Costa AFB, Guina FD. Evaluation of vaccination's coverage among children aged from 2 months to 5 years in family health strategy. *Cadernos UniFOA* [Internet]. 2013 [Cited 2020 Abr 02]; 22:63-72. Available from: <https://www.google.com/search?client=firefoxbe&q=edi%C3%A7%C3%A3o+n%C2%BA22%3A6372.+http%3A%2F%2Frevista.unifoa.edu.br>.
22. Moll MF, Boff NN, Silva PS, Siqueira TV, Ventura CAA. O enfermeiro na saúde da família e a Promoção de saúde e prevenção de Doenças. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 mai]; 10(3):134140. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2001/570>.
23. Santos EP, Oliveira MMM. Desafios da vacinação. *Rev Imuniz* [Internet]. 2018 [Cited 2020 fev 02]; 11(4):10-15. Available from: .
24. Salama II, Sami SM, Said ZNA, El-Sayed MH, El Etreby LA, Rabah TM et al. Effectiveness of hepatitis B virus vaccination program in Egypt: multicenter national project. *World J Hepatol* [Internet]. 2015 [cited 2019 sep 23]; 7(22):2418-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4598613/pdf/WJH-7-2418.pdf>.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 118-180. [Internet]. 2013 [cited 2019 nov 21]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf.
26. Souza CA, Machado RDS, Rocha BAM. Cobertura vacinal da hepatite B e fatores associados. *Rev Escol de Saúde Faculd União de Goyazes*. [Internet]. 2013 [Cited 2019 nov]; 7(1):2-18. Available from: <http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/38/30>.
27. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Manual de normas de vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 72 p. [Internet]. 2001 [cited 2016 jan 19]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/manu_normas_vac.pdf.
28. Nunes HM, Sarmento VP, Malheiros AP, Paixão JF, Costa OSG, Soares MCP. As hepatites virais: aspectos epidemiológicos, clínicos e de prevenção em municípios da Microregião de Parauapebas, sudeste do estado do Pará, Brasil. *RevPan-Amazônica de Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2020 Abr 03]; 8(2):29-35. Available from: http://scielo.iec.gov.br/php?script=sci_arttext&pid=S217662232017000200029&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232017000200004>.
29. Bispo WF, Santos PFBB, Wesp LHS, Medeiros ER, Souza PB, Galvão MC. Situação vacinal contra hepatites A e B em crianças da educação infantil. *EnfermFoco* [Internet]. 2017 [cited 2019 out]; 8(4):3136. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1346/pdf>.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ESPACIAIS DE ESCOLARES NA CAMPANHA NACIONAL DE HANSENÍASE EM SOBRAL – CEARÁ, BRASIL

Vitória Ferreira do Amaral²

Maria Socorro Carneiro Linhares³

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto²

Sandra Maria Carneiro Flor⁴

Luíza Jocymara Lima Freire Dias²

Ana Suelen Pedroza Cavalcante⁵

Rosa Livia Freitas de Almeida⁶

Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr³

<https://orcid.org/0000-0003-4255-2033>.

<https://orcid.org/0000-0001-9292-1795>

<https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

<https://orcid.org/0000-0003-2266-9699>

<https://orcid.org/0000-0002-2933-5694>

<https://orcid.org/0000-0002-2220-4333>

<https://orcid.org/0000-0001-6423-543X>

<https://orcid.org/0000-0003-4941-408X>

Objetivo: Descrever os aspectos epidemiológicos dos escolares da rede pública de educação, na faixa etária de cinco a quatorze anos, que participaram da Campanha Nacional de Hanseníase, em 2016. **Método:** Estudo transversal com dados de escolares de cinco a quatorze anos de Sobral, Ceará. Empregou-se o teste de associação Qui-quadrado de Pearson e o diagrama de Voronoi associado a matriz de distância linear e de proximidade. **Resultados:** Foram incluídos 1.216 escolares, dos quais 18,1% tinham casos de hanseníase na família, 31,7% apresentaram manchas no corpo e destes, 19,4% referiram ter algum caso de hanseníase na família. Dos 386 escolares que relataram mancha no corpo, 41,3% são do sexo masculino e 34,8% residiam na zona urbana. **Conclusão:** Evidenciou-se prevalência de manchas nos escolares do sexo masculino, residentes na zona urbana, com distância mínima espacial (de até 10 km) dos escolares com manchas para os casos que tiveram hanseníase na família. **Descritores:** Hanseníase; Serviços de Saúde Escolar; Epidemiologia Descritiva; Estudos transversais; Análise Espacial.

EPIDEMIOLOGICAL AND SPATIAL ASPECTS OF SCHOOLCHILDREN IN NATIONAL LEPROSY CAMPAIGN IN SOBRAL – CEARÁ, BRAZIL

Objectives: Describe the epidemiological aspects of schoolchildren in the public education system, aged five to fourteen years, who participated in the National Leprosy Campaign in 2016. **Methods:** Cross-sectional study with data from schoolchildren aged five to fourteen years, from Sobral, Ceará. Pearson's Chi-square association test and the Voronoi diagram associated with the linear distance and proximity matrix were used. **Results:** 1.216 students were included, of which 18.1% had cases of leprosy in the family, 31.7% had cases without leprosy, 19.4% reported some case of leprosy in the family. Of the 386 schoolchildren who relate to the body, 41.3% are male and 34.8% live in the urban area. **Conclusion:** There was a prevalence of spots in male students living in the urban area, with a minimum spatial distance (up to 10 km) of students with spots for cases with leprosy in the family. **Descriptors:** Leprosy; School Health Services; Epidemiology Descriptive; Cross-Sectional Studies; Spatial Analysis.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ESPACIALES DE ESCOLARES EN LA CAMPAÑA NACIONAL CONTRA LA LEPRO EN SOBRAL – CEARÁ, BRASIL

Objetivos: Describa los aspectos epidemiológicos de los escolares en el sistema de educación pública, de cinco a catorce años, que participaron la Campaña Nacional contra la Lepra en 2016. **Métodos:** Estudio transversal con datos de escolares de cinco a catorce años, de Sobral, Ceará. Se utilizaron la prueba de asociación Chi-cuadrado de Pearson y el diagrama de Voronoi asociado con distancia lineal y la matriz de proximidad. **Resultados:** Se incluyeron 1.216 estudiantes, de los cuales 18.1% tenían casos de lepra en la familia, 31.7% tenían casos sin lepra, 19.4% informaron algún caso de lepra en la familia. De los 386 escolares que se relacionan con el cuerpo, 41.3% son hombres y 34.8% viven en el área urbana. **Conclusión:** Hubo una prevalencia de manchas en estudiantes varones que viven en el área urbana, con una distancia espacial mínima (hasta 10 km) de estudiantes con manchas para casos de lepra en la familia. **Descritores:** Lepra; Servicios de Salud Escolar; Epidemiología Descriptiva; Estudios Transversales; Análisis Espacial.

¹Manuscrito extraído da monografia intitulada "Aspectos epidemiológicos e espaciais dos escolares da campanha nacional de hanseníase, Sobral - Ceará", apresentada ao Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em 2018.

²Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, Brasil.

³Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil.

⁴Vigilância Epidemiológica da Secretária da Saúde, Sobral, CE, Brasil.

⁵Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE, Brasil.

⁶Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de curso crônico, causada pelo *Mycobacterium leprae*¹, que possui alta infectividade e baixa patogenicidade². Sua multiplicação é lenta, o que determina um período longo de incubação, podendo variar de cinco até 20 anos³⁻⁴.

Dados de 150 países que fazem parte das seis regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciaram que o Brasil contribuiu com 92,3% dos casos novos na região das Américas, que junto à Índia e Indonésia concentraram 80,2% dos casos registrados mundialmente. No Brasil, 8,1% do total de casos novos notificados são de sujeitos com até quatorze anos⁵, o que pode significar falha na detecção de casos em adultos e a persistência no ciclo de transmissão da doença.

No Brasil, em 2013, foi lançada a “Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose”, com foco em áreas geográficas de maiores riscos epidemiológicos para hanseníase, a partir da busca ativa de novos casos em crianças e adolescentes, entre cinco a quatorze anos de idade, visando a detecção precoce por meio da utilização do “método do espelho”⁶. O coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos é utilizado para monitorar o controle da transmissão ativa da doença⁷.

Sobral, no estado do Ceará, desde 2013 vem aderindo às campanhas anuais de “Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose”, como estratégia de detecção precoce de casos novos de hanseníase, a fim de minimizar a carga endêmica da doença no município que, historicamente, apresenta elevadas taxas anuais de detecção de casos novos. Entre 2005 e 2016 foram registrados 1.166 casos novos (atingindo uma taxa média de detecção 51,5 casos/100.000 habitantes) dos quais 89 eram em menores de 15 anos, atingindo uma taxa média de detecção de 10,2 casos/100.000 habitantes nesta faixa etária⁸. As taxas médias na população geral e nos menores de 15 anos indicam, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, como um município hiperendêmico⁶.

A partir do cenário epidemiológico da hanseníase em Sobral, compreendendo os impactos do diagnóstico tardio e a importância de serem estimuladas estratégias de busca ativa de casos novos, o presente estudo objetivou descrever os aspectos epidemiológicos dos escolares da rede pública de educação, na faixa etária de cinco a quatorze anos, que participaram da Campanha Nacional de Hanseníase.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Estudo transversal, com análise espacial de dados secundários obtidos na “Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose”.

Local do estudo

O cenário epidemiológico da hanseníase em Sobral foi um dos motivadores para escolha do município para a realização do estudo. Sobral está localizado na região Noroeste do Estado do Ceará e conta uma população estimada, para o ano de 2019, de 208.935 habitantes, sendo 86% residentes na zona urbana⁹.

Para atender este contingente, Sobral possui um Sistema Municipal da Saúde com uma complexa rede assistencial, que se baseia numa Atenção Primária à Saúde (APS) potente, que conta com 67 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), garantindo uma cobertura de 100% da população¹⁰.

A partir de 2002, todos os Centros de Saúde da Família (CSF) em Sobral foram organizados para realizarem diagnósticos e tratamento de casos de hanseníase. Os casos de difícil diagnóstico na ESF e com reações decorrentes da doença são encaminhados para um serviço especializado de hanseníase municipal.

Participantes do estudo

A “Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose”, contou com a participação de 31 escolas da rede municipal, selecionadas a partir de dois critérios: abranger maior concentração de escolares matriculados na faixa etária de cinco a quatorze anos e estar localizada em áreas com elevados índices de casos de hanseníase. Assim, foram selecionadas vinte e duas escolas da zona urbana e nove da zona rural, contemplando uma população de 19.415 escolares, que receberam a ficha de autoimagem para hanseníase. Destes, 6.169 devolveram as fichas preenchidas. A articulação junto às escolas foi estratégica, por exercerem importante protagonismo junto à comunidade, além do ambiente escolar ser um espaço privilegiado para a disseminação de informações, sobretudo para a promoção da saúde^{11,12}.

Os critérios de inclusão adotados para os escolares foram: acesso às fichas de autoimagem devolvidas para as escolas e correto preenchimento destas. Em seguida, foi calculada uma amostra por meio do software de domínio público Epi Info™, com um limite de erro padrão de 5%, nível de confiança de 99,99% e uma frequência esperada de 50%, resultando em 1.216 fichas de autoimagem, correspondendo a 19,7% do total de fichas preenchidas recebidas.

Depois da amostra calculada, as fichas foram selecionadas utilizando a técnica de seleção de amostragem aleatória, proporcional para cada escola. Esta técnica teve como objetivo garantir a representação por estratos das escolas na pesquisa.

Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu durante os meses de janeiro e junho de 2018, por meio da ficha de autoimagem, que é um

instrumento elaborado pelo Ministério da Saúde, aplicado durante a referida campanha, para identificação e rastreamento de casos suspeitos para hanseníase nas escolas. A referida ficha é composta por um desenho do corpo humano em branco, para que seja apontada pelo escolar a localização de alguma mancha, caso presente, e tem perguntas sobre os sinais e sintomas da hanseníase e do histórico da doença na família⁶.

A operacionalização da campanha nas escolas compreendeu quatro etapas:

1ª Etapa - Identificação dos CSF de referência das escolas;

2ª Etapa - Os profissionais da saúde dos CSF e das escolas participaram de uma capacitação de avaliação de casos suspeitos de hanseníase, e receberam as orientações e os materiais da campanha;

3ª Etapa - Distribuição das fichas de autoimagem aos escolares e preenchimento pelos responsáveis, em casa;

4ª Etapa - Devolução das fichas de autoimagem aos profissionais da saúde das escolas responsáveis, no prazo máximo dois dias, e triagem dos escolares com sinais e sintomas sugestivos de hanseníase.

Os escolares identificados como suspeitos foram encaminhados para consulta médica no CSF do seu território adscrito, para realização do Exame Dermatoneurológico (EDN). Alguns casos contaram com o suporte da equipe do Serviço Especializado de Hanseníase de Sobral, que realizou o exame do raspado intradérmico (baciloscopia). Os escolares que apresentaram manchas que coçavam ou doíam tiveram suporte da equipe do CSF para avaliação clínica e tratamento.

Procedimentos de Análise e Tratamento dos Dados

As variáveis de análise, a partir da ficha de autoimagem, foram os dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, ano escolar, zona de moradia) dos escolares e as perguntas investigativas das características da mancha: Existe mancha na pele? A mancha é de nascença? A mancha coça? A mancha dói? A mancha é dormente? E o histórico familiar de hanseníase.

Para as características das manchas, foram estratificados grupos para análise: escolares suspeitos (com manchas na pele, que não são de nascença, que não coçam e não doem); mancha suspeita e com caso de hanseníase na família (com manchas na pele que não são nascença, não coçam e não doem e têm casos de hanseníase na família); mancha dormente suspeita (escolares com manchas dormentes que não são de nascença); mancha dormente suspeita e com casos de hanseníase na família (com manchas dormentes que são de não nascença e com casos de hanseníase na família).

Para análise e tratamento dos dados utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Na análise estatística das variáveis realizou-se a descrição dos dados

e aplicou-se o teste de associação Qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 95% ($p < 0,05$). Na análise espacial utilizou-se o software QGIS 2.18, em que foram construídos mapas com as principais características dos escolares, correlacionados à taxa de hanseníase em adultos, do ano de 2016, em Sobral, com o diagrama de Voronoi e a matriz de distância linear e de proximidade. Os diagramas de Voronoi ou polígono de Theissen são categorias de mapas que produzem mosaico espacial, em torno de um conjunto de pontos de um espaço, que são caracterizados como áreas de influência de um ponto no espaço ocupado no mosaico espacial¹³. Como métodos de análise, foram aplicados o vetor da matriz de distância linear ($N^*k \times 3$), o cálculo do vizinho mais próximos e a contagem de pontos poligonal.

Para a construção do mapa foi utilizada a base cartográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a partir dos *shapefiles* censitários dos setores. Os escolares que residiram na zona urbana foram georreferenciados pelo software online MyGeoPosition (<http://pt.mygeoposition.com/>), que define a latitude e a longitude de cada endereço para o posicionamento nos mapas. Os escolares da zona rural não foram mapeados, pois os geocódigos dos endereços residenciais não estavam disponíveis.

Os dados para o cálculo das taxas de detecção da hanseníase do ano de 2016 foram coletados na base municipal do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), e a base populacional, no censo por setores de 2010 do IBGE (2010), sendo realizados ajustes a partir do cálculo de projeção intercensitária.

Aspectos Éticos

Este estudo é um recorte da pesquisa intitulada "Hanseníase em menores de 15 anos: uso de redes sociais e ferramentas genéticas no estudo da transmissão do *Mycobacterium leprae*", que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará (CEPSH-UFC), sob o Parecer de Aprovação nº 624.393. Durante a Campanha Nacional de Hanseníase, os pais receberam um Termo de Consentimento junto com a ficha de autoimagem para hanseníase, que foi assinado por todos os responsáveis.

Para o acesso e utilização dos dados das fichas de autoimagem dos escolares foi solicitada autorização da Coordenação de Vigilância à Saúde do município de Sobral, por meio de um Termo de Compromisso.

RESULTADOS

Dos 1.216 escolares participantes do estudo, 18,1% tinham casos de hanseníase na família, 31,7% apresentaram manchas no corpo e destes, 19,4% referiram ter algum caso de hanseníase na família. Acerca das características sociodemográficas, dos escolares estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Prevalência das características sociodemográficas, presença de manchas no corpo e casos de hanseníase na família, entre escolares participantes da IV Campanha Nacional de Hanseníase em Sobral, Ceará, 2018.

Categorias/ Variáveis	Escolares	Escolares com mancha no corpo	Escolares com ca- sos de hanseníase na família	Escolares com manchas no corpo e casos de hanse- níase na família	p-valor
	n=1.216 (100%)	n=386 (31,7%)	n=220 (18,1%)	n=75 (6,2%)	
Sexo					
Feminino	686 (56,4)	167 (24,3)	116 (16,9)	36 (5,2)	0,129
Masculino	530 (43,6)	219 (41,3)	104 (19,6)	39 (7,3)	
Faixa Etária					
5 a 9 anos	636 (52,3)	192 (30,2)	124 (19,4)	41 (6,4)	0,672
10 a 15 anos	580 (47,7)	194 (33,4)	96 (16,5)	52 (8,9)	
Escolaridade					
Educação Infantil	88 (7,2)	26 (29,5)	15 (17,0)	2 (2,2)	0,270
Ensino Fundamen- tal I	689 (56,7)	210 (30,4)	135 (19,5)	46 (6,6)	
Ensino Fundamen- tal II	439 (36,1)	150 (34,2)	70 (15,9)	27 (6,1)	
Localização da Residência					
Zona Urbana	909 (74,8)	317 (34,8)	178 (19,5)	70 (7,7)	0,001
Zona Rural	307 (25,2)	69 (22,4)	42 (13,6)	5 (1,6)	

* Teste de Qui-quadrado de Pearson dos escolares com manchas e casos de hanseníase na família.

A partir dos tipos de manchas no corpo apontadas pelos escolares na ficha de autoimagem, observou-se maior prevalência de manchas nos escolares do sexo masculino (41,3% - 219/386). Entre os escolares com manchas no corpo e casos de hanseníase na família houve prevalência do sexo masculino (39 - 7,3%), faixa etária de 10 a 15 anos (52 - 8,9%) e residentes na zona urbana (70 - 7,7%).

A Tabela 2 mostra que, dos 386 escolares que apresentam mancha no corpo, 14,7% (57/386) não são de nascença, não coçam, não doem e nem são dormentes. Assim, entre os escolares que apresentaram manchas com alguma característica definidora, 59,3% (195/329) são de nascença, 20,7% (68/329) coçam, 9,4% (31/329) doem e 10,6% (35/329) são dormentes.

Tabela 2 - Prevalência das características das manchas no corpo, segundo sexo, faixa etária, nível de escolaridade e residência, entre escolares participantes da IV Campanha Nacional de Hanseníase em Sobral, Ceará, 2018.

Manchas*						
Categorias/ Variáveis	Mancha de nascença	Mancha coça	Mancha dói	Mancha dormente	Mancha sem caracterização	p-valor*
	n=195 (59,3%)	n=68 (20,7%)	n=31 (9,4%)	n=35 (10,6%)	n=57 (14,7)	
Sexo						
Feminino	82 (42,0)	27 (32,9)	12 (14,6)	17 (20,7)	29 (35,3)	0,546
Masculino	113 (58,0)	41 (36,2)	19 (16,8)	18 (15,9)	28 (24,7)	
Faixa Etária						
5 a 9 anos	95 (48,7)	38 (40,0)	21 (22,1)	13 (13,6)	25 (26,3)	0,068
10 a 15 anos	100 (51,3)	30 (30,0)	10 (10,0)	22 (22,0)	32 (32,0)	
Escolaridade						
Educação Infantil	18 (9,2)	01 (5,5)	--	01 (5,5)	6 (33,3)	0,232
Ensino Fundamental I	102 (52,3)	40 (39,2)	25 (24,5)	17 (16,6)	26 (25,4)	
Ensino Fundamental II	75 (38,5)	27 (36,0)	06 (8,0)	17 (22,6)	25 (33,3)	
Localização de Residência						
Zona Urbana	149 (76,4)	57 (38,2)	29 (19,4)	30 (20,1)	52 (34,8)	0,130
Zona Rural	46 (23,6)	11 (23,9)	2 (4,3)	05 (10,8)	05 (10,8)	

* Cálculo dos escolares com manchas realizado a partir do total de escolares que apresentam manchas com características definidoras (n=329). **Teste de Qui-quadrado de Pearson dos escolares com manchas dormentes.

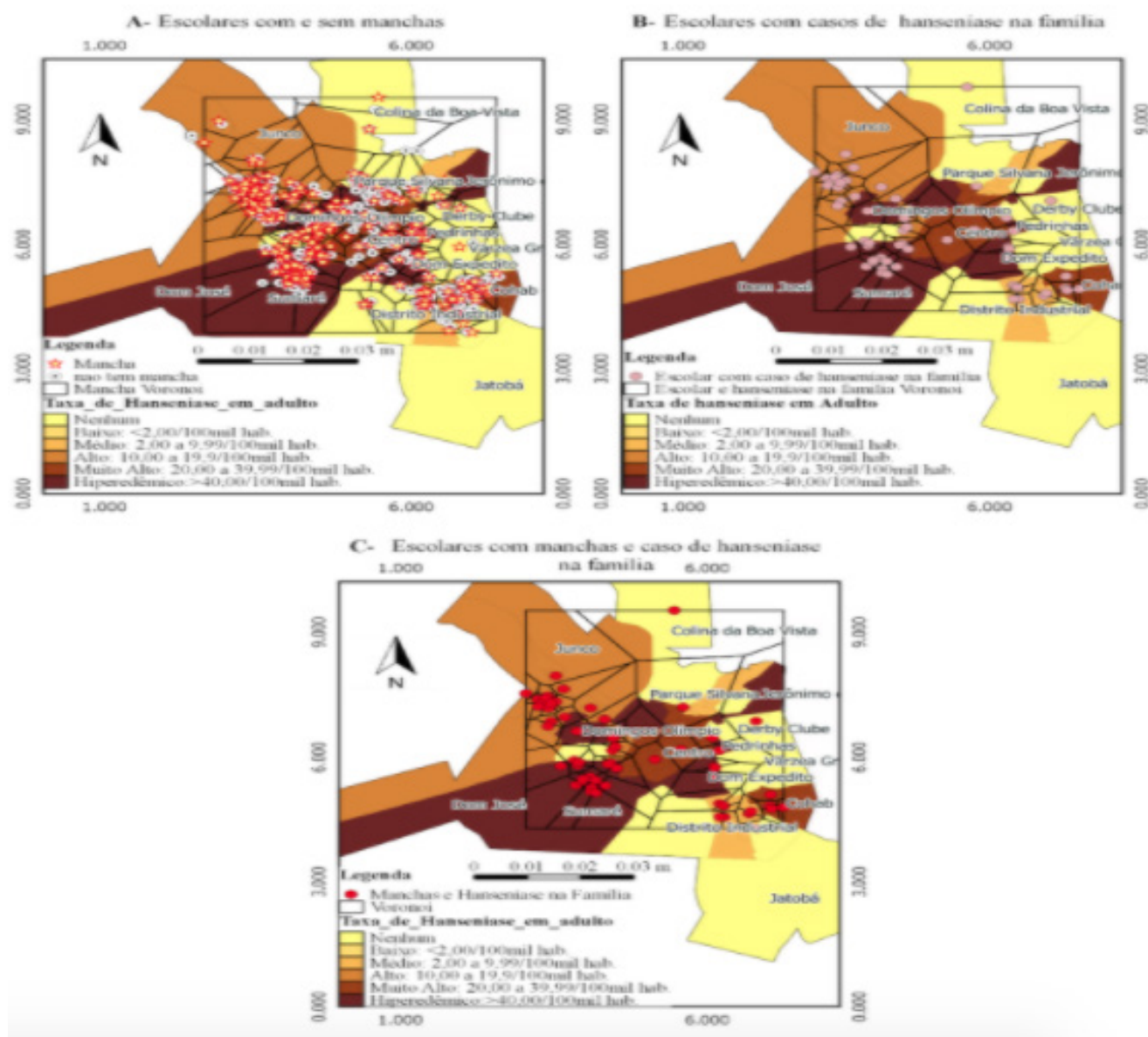
ANÁLISE ESPACIAL DOS CASOS

A avaliação dos dados dos 24 bairros do município de Sobral, a partir da base cartográfica do IBGE, com o mapeamento das respectivas taxas de endemicidade da hanseníase no ano de 2016, demonstraram que sete bairros têm perfil hiperendêmico para hanseníase; três têm taxa muito alta e apresentam o mesmo percentual de taxa alta; dois têm taxa média para hanseníase; e nove não apresentaram registro de caso de hanseníase em 2016⁶⁻⁸.

A Figura 1 mostra que 34,9% dos escolares da zona urbana com manchas no corpo (317/909), apresentaram uma

matriz linear de distância entre escolares que têm casos de hanseníase na família, com uma distância mínima de 0,0 km e a máxima de ±6,03 km (Mapa1A); e a distância para os 7,70% dos escolares com manchas e casos de hanseníase na família (70/909) foi de 0,0 km (mínimo) e ±0,041 km (máxima) (Mapa 1B). Houve uma distância de ±0,0 km (mínima) a ±9,1km (máxima) entre os escolares com manchas e casos de hanseníase na família e os escolares sem mancha (Mapa1C). Assim, a distância mínima entre os escolares com as diferentes características, como ter manchas ou que apresentaram casos de hanseníase na família, correspondeu de 0,0 km a 10 km.

Figura 1 - Mapas de Voronoi (Mapa 1A, 1B e 1C) com a distribuição espacial dos escolares por bairro de residência, suas respectivas taxas de detecção de hanseníase no ano 2016 e as características investigadas sobre a presença ou não de manchas no corpo, e ter ou não casos de hanseníase na família, entre escolares, Sobral - Ceará, 2018.

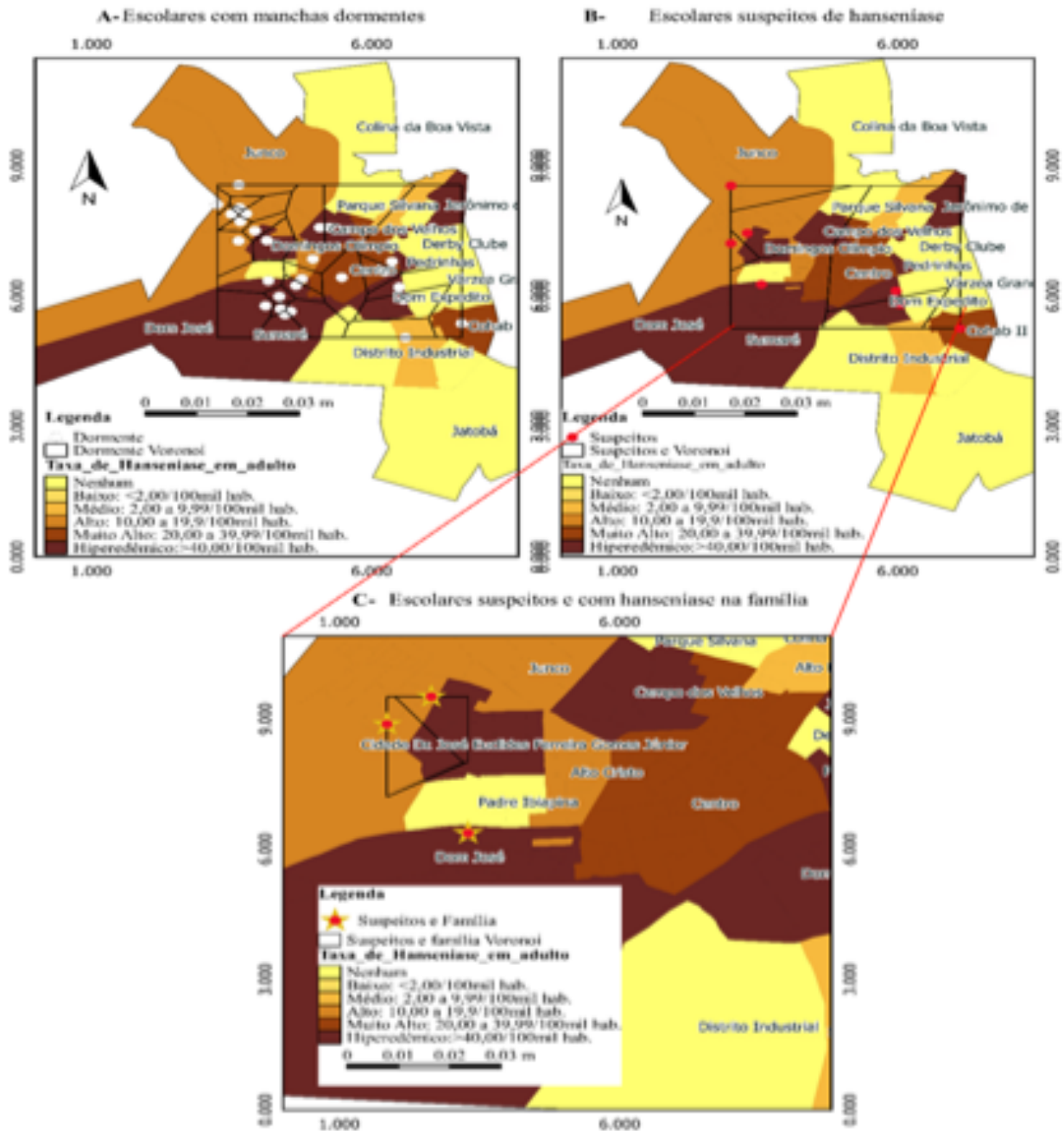


Os escolares com mancha, que apresentaram casos de hanseníase na família (Mapa 1C), tiveram um índice de vizinhança de $\pm 0,6$ km e concentração nos bairros que apresentam taxas hiperendêmica para hanseníase. Apenas três casos que têm manchas com casos de hanseníase na família estavam distribuídos em regiões em que a taxa de incidência para

hanseníase foi zero.

A Figura 2 mostra que o grupo dos escolares que apresentaram manchas dormentes (Mapa 2A) tem um índice de vizinhança mais próximo, de $\pm 0,75$ km entre si, e esse grupo apresenta uma distância 0,0 km (mínimo) e $\pm 0,06$ km (máxima) em relação aos escolares com suspeita de hanseníase (Mapa 2B).

Figura 2 Mapas de Voronoi (2A, 2B e 2C) com a distribuição espacial das taxas de detecção da hanseníase em Sobral, no ano 2016, nos escolares com manchas dormentes suspeitas de hanseníase, e de casos da doença na família, entre escolares, Sobral - Ceará, 2018.



Enquanto os grupos de escolares com suspeita de hanseníase (Mapa 2B) apresentaram um índice de vizinhança de $\pm 0,99$ km. Entre os sete escolares suspeitos, cinco residiam em bairros com alta taxa de hanseníase e, dos outros dois, um residia em um bairro com taxa de endemicidade muito alta e o outro, em um bairro considerado hiperendêmico para hanseníase.

Os três escolares suspeitos, com casos de hanseníase na família, apresentaram um índice de vizinhança de $\pm 2,66$ km (Mapa C2), sendo que dois residiam em bairros com alta taxa de hanseníase e um em bairro hiperendêmico.

DISCUSSÃO

A análise da distribuição espacial e das características sociodemográficas dos escolares que apresentaram manchas no corpo, evidenciou maior concentração de escolares do sexo masculino, residentes na zona urbana. Em relação aos mapas de Voronoi, identificou-se que os escolares que apresentaram manchas no corpo mantêm distâncias próximas aos escolares que têm casos de hanseníase na família, chegando à distância mínima próxima de zero quilômetro.

A relação de proximidade representa risco, situação eviden-

ciada em estudo realizado no estado do Mato Grosso, que registrou 12 casos novos diagnosticados entre 34 casos ocorridos no período de 2001 a 2007, e estes casos apresentavam um raio de distância de 50 metros em relação a outro, diagnosticado com hanseníase¹⁴. No que tange a distribuição da hanseníase segundo o sexo, é evidenciado que os homens são mais atingidos do que as mulheres. A OMS estima a razão de dois homens para uma mulher¹⁵⁻¹⁶, variando de acordo com a região do planeta. No Brasil, em estudo de análise temporal da distribuição da hanseníase por sexo, no período de 2012-2016, o país apresentou resultados similares da OMS, inclusive a partir da faixa etária de 15 anos¹⁷.

A distribuição espacial da hanseníase registrada em 2016, em Sobral, apontou que 29,2% dos bairros sobralenses têm perfil hiperendêmico para hanseníase⁸, o que torna a população residente de potencial risco para adquirir o *Mycobacterium leprae*, o que reforça a necessidade de implementação de ações estratégicas de busca ativa no município, para o combate e controle da hanseníase.

A distribuição espacial heterogênea da hanseníase é resultado de fatores, como a relação bacilo e hospedeiro, o sexo, as condições socioeconômicas, a localização geográfica, o contato com casos de hanseníase antes de iniciar o tratamento e até mesmo fatores genéticos. Nos estados da região Sul do Brasil, que apresentam maior desenvolvimento socioeconômico, não são registrados níveis altos ou hiperendêmico para hanseníase, enquanto estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste ainda enfrentam elevadas cargas endêmicas¹⁸⁻¹⁹.

Quanto aos escolares deste estudo, que apresentaram manchas dormentes ou características sugestivas durante investigação para hanseníase, apresentaram resultados negativos, ou seja, durante campanha não houve detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos. É importante destacar que a alteração de sensibilidade, quando apresentada de forma isolada, não pode ser classificado como um caso novo de hanseníase no escolar, porém implica em investigação clínica, ações de vigilância e monitoramento.

Em relação aos escolares que tinham casos de hanseníase na família, a literatura aponta que, quando crianças tem a exposição ao *Mycobacterium leprae* no espaço do lar, o risco de elas desenvolverem a doença aumenta 60%²⁰. Se a criança tiver contato com casos no ambiente extradomiciliar, tem quatro vezes mais chances de desenvolver hanseníase, apesar do desenvolvimento da doença depender da relação entre bacilo e hospedeiro^{1-3,20}.

Como estratégia para potencializar o rastreamento e detecção precoce de novos casos de hanseníase, a análise espacial tem sua inserção na epidemiologia como uma importante ferramenta para compreensão da dinâmica da transmissão da doença, por direcionar a busca ativa de casos novos^{21,22}. Assim, o Sistema de Informação Geográfica (SIG) propiciou analisar espacialmente a distribuição das características das manchas em escolares, a partir da taxa de detecção de hanseníase por setores censitários, tendo como enfoque os escolares com manchas dormentes e sugestivas para hanseníase.

A distância física e a genética dos casos confirmados de

hanseníase constituem-se como fatores de risco para o desenvolvimento da doença em sujeitos saudáveis. Esses fatores devem ser considerados nas relações sociais entre susceptíveis e vulneráveis dentro do próprio bairro, em decorrência do risco de desenvolvimento de hanseníase nos saudáveis, a partir de um contato familiar que é nove vezes maior^{23,24,25}.

Limitações do Estudo

Este estudo apresentou limitações, primeiro por se tratar de um estudo com fonte de dados secundários, em que só foi possível o acesso às fichas de autoimagem. E segundo porque, além das perdas de devolução das fichas de autoimagem para hanseníase, um quantitativo expressivo de fichas estava respondido de modo incorreto, em virtude de as informações registradas nestas fichas serem auto relatos dos escolares, com o suporte dos responsáveis. Assim, para contornar essa limitação, foram excluídas as fichas com inconsistência e adotados critérios para definição da amostra, para análise.

Contribuições para a Prática

Este estudo contribui com a disseminação de informações sobre as estratégias para busca e triagem de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, contribuindo com a potencialização das investigações sobre a hanseníase em crianças, favorecendo o a implementação de ações mais direcionadas e estratégicas nas ações de busca ativa de casos novos da doença, na comunidade. Contribuí, ainda, com noções de planejamento, para melhor direcionar a operacionalização da Campanha Nacional de Hanseníase no município, visando maior alcance nas ações da vigilância epidemiológica no combate e controle da hanseníase, nas áreas com hiperendemicidade.

CONCLUSÃO

Durante a Campanha Nacional de Hanseníase no município de Sobral não foram detectados casos novos de hanseníase em menores de 15 anos. Porém, a campanha permitiu estabelecer as características epidemiológicas dos escolares, como estratificação de grupos que residem em áreas com hiperendêmicas, possibilitando ao município traçar ações de vigilância e monitoramentos de contatos, com enfoque nos menores de 15 anos, buscando a quebra da cadeia de transmissão comunitária.

Contribuição dos Autores: Amaral VF, Linhares MSC, Ximenes-Neto FRG, contribuíram na concepção e delimitação do estudo, na análise e interpretação dos dados do trabalho, como aprovaram o final da versão a ser publicada. Dias LJLF, Flor SMC, Cavalcante ASP, Almeida RLF, Kerr LRFS, realizaram revisão crítica importante do conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e assumem a responsabilidade contemplando todos os aspectos do artigo, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Financiamento: Pesquisa financiada pela Bolsa de Iniciação Científica pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

REFERÊNCIAS

1. Cruz RC da S, Penna MLF, Talhari S, Bühner-Sékula S, Penna GO. Leprosy: Current situation, clinical and laboratory aspects, treatment history and perspective of the uniform multidrug therapy for all patients. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct]; 92(6):761-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29364430>. doi:10.1590/abd18064841.20176724.
2. Anchieta JJS, Costa LMM, Campos LC, Vieira MR, Mota OS, Morais Neto OL et al. Trend analysis of leprosy indicators in a hyperendemic Brazilian state, 2001-2015. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 19]; 53(61):1-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100251&lng=pt.
3. Mawardi P. Leprosy: The Ancient and Stubborn Disease. *Current Topics in Tropical Emerging Diseases and Travel Medicine* [Internet]. 2018 [citado 2019 Oct]; 1-18. Available from: <https://www.intechopen.com/books/current-topics-in-tropical-emerging-diseases-and-travel-medicine/leprosy-the-ancient-and-stubborn-disease>.
4. Leite T, Lopes M, Maia E, Cavalcante E. Avaliação da estrutura da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase. *Enferm Foco*. [Internet]. 2019 [citado 2020 fev 23]; 10(4):73-78. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2216/608>.
5. World Health Organization (WHO). Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. *Wkly Epidemiol Rec* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 28]; 93(35):445-56. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274290/WER9335-445-456.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. Guia prático para operacionalização da Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose. Ministério da Saúde. 2016 [acesso 2018 out 29]. Available from: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/11/Guia-Operacional-Campanha-2016-final.pdf>.
7. Monteiro LD, Mello FRM, Miranda TP, Heukelbach J. Hanseníase em menores de 15 anos no estado do Tocantins, Brasil, 2001-2012: padrão epidemiológico e tendência temporal. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 19]; 22:e190047. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100444&lng=pt.
8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informação de Agravos de Notificação [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2019 nov 01]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conheça cidades e estados do Brasil [Internet]. 2019 [citado 2019 out 19]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>.
10. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Saúde da Família. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema de Nota Técnica do DAB. Departamento da Atenção Básica [Internet]. 2019 [citado 2019 out]. Available from: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>.
11. Silveira B, Sebold L, Ferreira L, Girondi J, Amante L, Justino J. Opinião das famílias sobre as atividades lúdicas desenvolvidas com crianças na escola abordando hábitos saudáveis. *Enferm Foco*. [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 23]; 10(4):116-121. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2541/613>.
12. Jacob LMS, Melo MC, Sena RMC, Silva IJ, Mafetoni RR, Souza KCS. Ações educativas para promoção da saúde na escola: Revisão Integrativa. *Rev. saúde pesq*. [Internet]. 2016 [acesso 2019 out 29]; 9(3):499-506. Available from: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7146/3526>.
13. Yamada I. Thiessen Polygons. *Int Encycl Geogr People, Earth, Environ Technol*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 28]; 1-6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118786352.wbieg0157>.
14. Garcia DR, Ignotti E, Cortela DCB, Xavier DR, Barelli CSG de AP. Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT). *Cad. saúde colet*. [Internet]. 2013 [citado 2019 dez 01]; 21(2):168-172. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200011&lng=en.
15. Campos DCC, Dutra APB, Soares VL, de Carvalho PAC, Camargo LMA. New strategies for active finding of leprosy cases in the Amazonian region. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 01]; 48(4):488-490. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822015000400488&lng=en.
16. World Health Organization (WHO). Leprosy Elimination: Transmission of Leprosy [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 28]. Available from: <http://www.who.int/lep/transmission/en/>.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016. *Bol Epidemiol*. [Internet]. 2018 [citado 2019 out]; 49(1):1-12. Available from: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseníase-publicacao.pdf>.
18. Freitas LRS, Duarte EC, Garcia LP. Leprosy in Brazil and its association with characteristics of municipalities: ecological study, 2009-2011. *Trop Med Int Health*. [Internet]. 2014 [cited 2019 nov 01]; 19(10):1216-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25040160>.
19. Monteiro LD, Mota RMS, Martins-Melo FR, Alencar CH, Heukelbach J. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2019 out]; 51(70):1-11. Available from: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/67249591069>.
20. Patil RR. Determinants of Leprosy with Special Focus on Children: A Socio-Epidemiologic Perspective. *Am J Derm Venereol*. [Internet]. 2013 [citado 2019 Oct]; 2(2):5-9. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:j5vqiPDUbVMJ:article.sapub.org/10.5923.jajdv.20130202.01.html+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
21. Alencar CH, Ramos AN, dos Santos ES, Richter J, Heukelbach J. Clusters of leprosy transmission and of late diagnosis in a highly endemic area in Brazil: Focus on different spatial analysis approaches. *Trop Med Int Heal* [Internet]. 2012 [citado 2019 Oct]; 17(4):518-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22248041>.
22. Silva CLM, Fonseca SC, Kawa H, Palmer DDOO. Spatial distribution of leprosy in Brazil: a literature review. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 01]; 50(4): 439-449. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822017000400439&lng=en.
23. Moet FJ, Pahan D, Schuring RP, Oskam L, Richardus JH. Physical Distance, Genetic Relationship, Age, and Leprosy Classification Are Independent Risk Factors for Leprosy in Contacts of Patients with Leprosy. *J Infect Dis*. [Internet]. 2006 [cited 2019 Dec 01]; 193(3):346-53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16388481>.
24. Feenstra SG, Nahar O, Pahan D, Oskam L, Richardus JH. Social contact patterns and leprosy disease: A case-control study in Bangladesh. *Epidemiol Infect*. [Internet]. 2013 [cited 2019 Oct 01]; 141(3):573-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22583511>.
25. Freitas BHBM, Cortela DCB, Ferreira SMB. Trend of leprosy in individuals under the age of 15 in Mato Grosso (MT), 2001-2013. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct]; 51(28):1-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006884.pdf>.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE IDOSOS HOSPITALIZADOS NO SETOR DE EMERGÊNCIA

Luíza Bruna Freire Sampaio¹

Andréa Carvalho Araújo Moreira²

Francisco Eduardo Silva de Oliveira¹

Iane Ximenes Teixeira²

Natália Frota Goyanna²

Vitória Lídia Pereira Sousa¹

<https://orcid.org/0000-0002-5628-508X>

<https://orcid.org/0000-0001-9855-1449>

<https://orcid.org/0000-0002-9907-7715>

<http://orcid.org/0000-0002-6790-6478>

<https://orcid.org/0000-0002-8957-6828>

<https://orcid.org/0000-0001-5004-3592>

Objetivo: traçar o perfil epidemiológico e clínico de idosos atendidos em um serviço de emergência de um hospital de referência da zona norte do Estado do Ceará. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado no período de julho a agosto de 2018, no setor de emergência de um hospital cearense. Participaram 80 idosos hospitalizados que responderam um formulário estruturado com dados epidemiológicos, clínicos e sobre os cuidados de enfermagem. Os resultados foram compilados com auxílio do *Software R*. **Resultados:** Prevaleram idosos homens (51,25%), diagnosticados por acidente vascular encefálico (38,75%) e que tinham doenças crônicas associadas (65,00%). O serviço de enfermagem foi avaliado como bom (62,5%), mas os participantes sugeriram melhor agilidade (23,75%) e garantia da privacidade (18,75%). **Conclusões:** Idosos hospitalizados no setor da emergência possuem vulnerabilidades clínicas múltiplas, avaliam o serviço de enfermagem como bom, mas necessitam de melhor resolutividade em seu atendimento, bem como respeito ético.

Descritores: Enfermagem; Saúde do idoso; Hospitalização.

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE OF HOSPITALIZED ELDERLY PEOPLE IN THE EMERGENCY SECTOR

Objective: To outline the epidemiological and clinical profile of elderly people attended in an emergency service of a reference hospital in the northern zone of the State of Ceará. **Methodology:** Transversal study, accomplished from July to August of 2018 in the emergency sector of a hospital from Ceará. 80 hospitalized elderly people took part in the study and answered a structured form with data epidemiological, clinical and nursing care data. The results were compiled with the support of the *Software R*. **Results:** Men prevailed (51,25%), diagnosed with cerebrovascular accident (38,75%) and the associated chronic diseases (65,00%). The nursing service was evaluated as good (62,5%), but the participants proposed a better agility (23,75%) and the assurance of privacy (18,75%). **Conclusion:** Hospitalized elderly people in the emergency sector possess multiple clinical vulnerabilities, evaluated the nursing service as good, but required a better standard of problem-solving in the care, as well as ethical respect.

Descriptors: Nursing; Elderly health; Hospitalization.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE ANCIANOS INGRESADOS EN EL SECTOR DE URGENCIAS

Objetivo: trazar el perfil epidemiológico y clínico de los ancianos atendidos en un servicio de urgencias de un hospital de referencia en la zona norte del Estado de Ceará. **Metodología:** Estudio transversal, realizado en el período de julio a agosto de 2018 en el sector de urgencias de un hospital cearense. Han participado 80 ancianos ingresados en el sector de urgencias que han respondido a un impreso estructurado con datos epidemiológicos, clínicos y bajo los cuidados de enfermería. Los resultados han sido allegados con el software R. **Resultados:** Han prevalecido ancianos hombres (51,25%), diagnosticados con accidente vascular encefálico (el 38,75%) y que poseían enfermedades crónicas asociadas (el 65%). El servicio de enfermería ha sido evaluado como bueno (el 62,5%), pero los participantes han sugerido mejor agilidad en el atendimento (el 23,75%) y garantía de la privacidad (el 18,75%). **Conclusiones:** Ancianos ingresados en el sector de urgencias poseen vulnerabilidades clínicas múltiples, evalúan el servicio de enfermería como bueno, sin embargo necesitan mejor viveza en su atendimento, tal como respeto ético.

Descriptores: Enfermería; Salud del anciano; Ingreso hospitalario.

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: luizabruna13@hotmail.com

²Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: andreamoreiraueva@gmail.com

INTRODUÇÃO

A transição demográfica é consequência da redução das taxas de mortalidade e natalidade e contribuiu fortemente para o fenômeno atual do envelhecimento populacional. Essa realidade tem sido observada nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que requer acompanhamento, de acordo com as necessidades emergidas, haja vista que traz não apenas modificações na estrutura etária da população, mas aumento nos índices de morbidade, maior proporção de agravos e procedimentos médicos, além do aumento das doenças crônico-degenerativas com suas consequências indesejadas quando não tratadas adequadamente¹⁻².

Nas unidades de emergências, é comum o atendimento ao idoso devido à maior frequência de problemas relacionados à idade, exigindo profissionais preparados para assistência imediata aos clientes. Portanto, é imprescindível prezar pela manutenção da qualidade de vida dessa população, com vistas às possibilidades de prevenção de doenças, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde³.

Vale ressaltar que, dentro do setor emergência, atender o idoso de forma integral é um grande desafio e, para isso, é necessário que os profissionais de saúde reconheçam suas necessidades peculiares em diferentes cenários de atuação⁴. Dentro do ambiente emergencial, os idosos são expostos a riscos, tais como declínio funcional, polifarmácia, infecções hospitalares e queda na qualidade de vida. Os problemas são exacerbados pelo prolongado tempo de permanência, mobilidade restrita e condições desconfortáveis, provocadas por um ambiente agitado, barulhento e pouco privativo⁵.

Essa situação leva, muitas vezes, a um quadro incapacitante, afetando a autonomia e funcionalidade dos idosos, gerando uma dificuldade para o desenvolvimento de atividades cotidianas, de forma independente, o que afeta de forma expressiva a qualidade de vida dessas pessoas².

Investigar casos de pessoas idosas que procuram serviços de emergência numa situação de agravamento de saúde, e conhecer suas características socioeconômicas e de saúde poderá contribuir para identificar aspectos das condições de vida e da assistência em saúde neste nível de atenção.

Diante disso, esse estudo objetivou traçar o perfil epidemiológico e clínico de idosos hospitalizados pelo serviço de emergência de um hospital de referência da zona norte do estado do Ceará.

METODOLOGIA

Tipo do estudo

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

População e amostra

A amostra não probabilística foi composta por 80 idosos internados ou em observação no setor de emergência, durante o período de julho e agosto de 2018.

Atendeu-se aos seguintes critérios de inclusão: idade mínima de 60 anos, conforme o critério estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define como idoso o participante com 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos, para as pessoas de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Idosos de ambos os sexos, com habilidade cognitiva autodeclarada e percebida, capazes de compreender e responder o instrumento.

Foram excluídos da amostra, devido a própria dinâmica do serviço, idosos em observação que evoluíram para alta hospitalar em poucas horas.

Local de estudo

A pesquisa ocorreu em um hospital universitário de grande porte, localizado na cidade de Sobral-CE, no setor de emergência.

O referido setor atende, prioritariamente, especialidades classificadas como alto risco. Além disso, atende demanda espontânea, sendo porta de entrada em traumatologia, neurologia, hematologia e nefrologia, assim como recebe transferência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, de hospitais de cidades vizinhas e encaminhamento de Unidades de Pronto Atendimento.

Coleta de dados

Para coleta de dados, utilizou-se como instrumento de pesquisa um formulário estruturado com variáveis sociodemográficas (idade, procedência, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação e renda), dados da hospitalização (motivo da hospitalização, categoria da hospitalização, dados clínicos, tempo de permanência, diagnósticos definidos ou hipotéticos, sinais e sintomas, exames realizados, presença de doenças crônicas e encaminhamentos) e cuidados de enfermagem (procedimentos de enfermagem e orientações de cuidados à saúde recebidos e sua frequência, avaliação e sugestões). Antes do início da pesquisa foi realizado um teste piloto com dez idosos. A coleta de dados ocorreu entre julho e agosto de 2018, em dias alternados.

Procedimentos para análise de dados

Para a análise das informações relacionadas ao perfil epidemiológico e clínico dos idosos hospitalizados no setor de emergência, os dados foram tabulados no software *Excel* (2013), analisados estatisticamente com o apoio do software R, versão 3.5.0 for Windows® e sintetizados em tabelas e gráficos.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados que incluiu o cálculo de frequências absolutas, percentuais, e o intervalo de confiança. Para as proporções de variáveis categóricas foram calculados intervalos de confiança de 95%. Para verificação de aderência à distribuição normal, foi aplicado o teste de Lilliefors,

admitindo-se média, desvio padrão, mediana e o intervalo interquartilico das variáveis numéricas, em que os resultados de $p < 0,05$ foram sugeridos como nível de diferença significativa.

Procedimentos éticos

Esta pesquisa buscou seguir a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (6). Antes da coleta das informações, os participantes foram informados sobre os riscos e benefícios do estudo; em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo aprovado pelo parecer sob nº 2.681.950.

RESULTADOS

Neste estudo foram entrevistados 80 idosos internados ou em observação no setor de emergência de um hospital terciário. A tabela 1 demonstra os dados sociodemográfico dos idosos.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos hospitalizados no setor de emergência de acordo com sexo, estado civil, ocupação, escolaridade e idade. Sobral-CE, 2018.

Variável	N	%	IC 95%		
1. Sexo					
Masculino	41	51,25	39,89	62,48	
Feminino	39	48,75	37,51	60,10	
2. Estado Civil					
Casado	47	58,75	47,18	69,46	
Viúvo	28	35,00	24,89	46,55	
Separado	4	5,00	01,61	12,99	
Solteiro	1	1,25	0,065	07,72	
3. Ocupação					
Aposentado	73	91,25	82,25	96,11	
Trabalhador Rural	4	5,00	1,61	12,99	
Dona de casa	3	3,75	0,97	11,31	
4. Escolaridade					
Analfabeto	24	30,00	20,52	41,41	
Ensino Fundamental incompleto	38	47,50	36,33	58,90	
Ensino Fundamental Completo	6	7,50	3,08	16,19	
Ensino Médio Incompleto	1	1,25	0,65	7,72	
Ensino Médio completo	2	2,50	0,43	9,57	
Ensino Superior completo	1	1,25	0,065	07,72	
Não souberam responder	8	10,00	14,22	33,46	
	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor P¹
5. Idade	74,94	8,96	76,50	15,50	0,04

Sobre as características clínicas dos idosos avaliados no estudo, os dados estão apresentados na tabela 2.

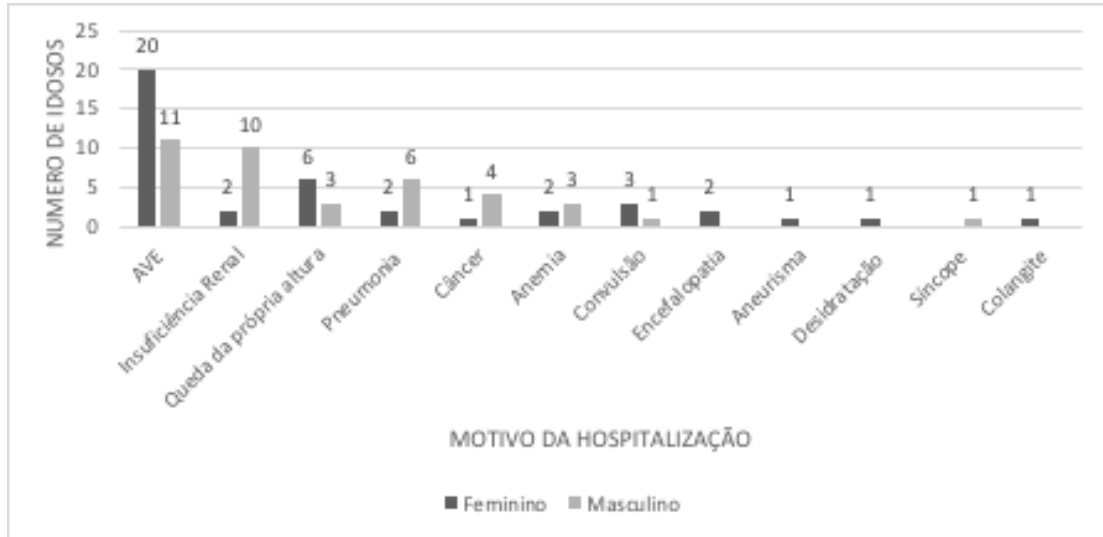
Tabela 2 - Distribuição de idosos de acordo com o tipo de hospitalização, unidade de internação, quantidade de hospitalizações, presença de doenças crônicas, exames realizados e tempo de permanência dos idosos hospitalizados no setor de emergência de um hospital terciário. Sobral-CE, 2018.

Variável		N	%	IC 95%	
1. Tipo de Hospitalização					
Internação		59	73,75	62,51	82,66
Observação		21	26,50	17,33	32,48
3. Unidade de hospitalização					
Baixa complexidade		49	61,25	49,66	71,74
Média Complexidade		14	17,50	10,23	27,95
Semi-intensiva		9	11,25	5,59	20,76
Alta Complexidade		8	10,00	14,22	33,46
4. Quantidade de hospitalizações					
Uma vez		60	75,00	63,84	83,71
Duas vezes		19	23,75	15,24	34,81
Três vezes		1	1,250	0,065	07,72
5. Presença de Doenças Crônicas					
Sim		52	65,00	53,44	75,10
Não		28	35,00	24,89	46,55
7. Exames Realizados					
Laboratoriais		72	42,35	80,73	95,27
Tomografia		64	37,64	69,26	87,79
Raio-x		19	11,17	15,24	34,81
Ressonância		15	8,82	11,21	29,35
Tempo de Permanência em dias	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor P¹
	6,22	8,50	3,00	7,00	<0,001

O gráfico 1 demonstra as causas de hospitalização de idosos por sexo. Verificou-se que o Acidente Vascular Encefálico (AVE) foi o principal motivo de hospitalização entre os idosos, correspondendo a (38,75%) do total. Acrescenta-se que o

percentual da ocorrência do AVE em mulheres foi quase o dobro quando comparados aos homens. Por outro lado, o índice de hospitalização por Insuficiência Renal, foi mais comum nos homens.

Gráfico 1 - Causas de hospitalização de idosos por sexo. Sobral-CE,2018.

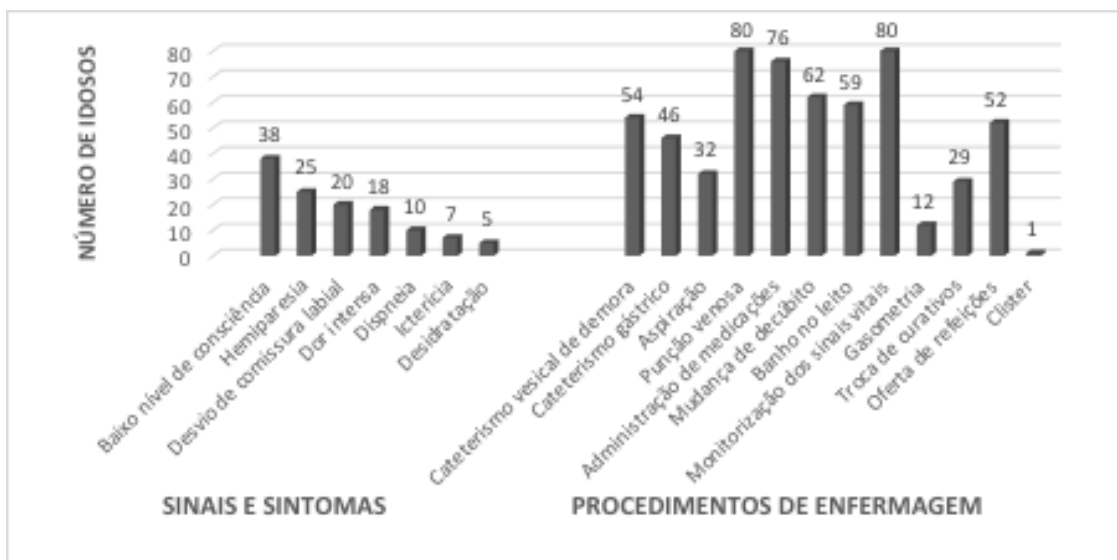


O gráfico 2 representa a distribuição de idosos quanto aos sinais e sintomas e procedimentos de enfermagem realizados no local da pesquisa. Nota-se que todos os idosos tiveram seus sinais vitais verificados, assim como o procedimento de punção venosa, porém quatro não precisaram de administração de medicamentos e necessitaram apenas de hidratação venosa. Os Cateterismos vesicais de demora e gástrico, representaram, respectivamente (67,5%) e (57,55%), realizados principalmente nos idosos admiti-

dos para a alta complexidade. Ainda, destacaram entre os procedimentos de enfermagem, o banho no leito (73,75%), mudança de decúbito (77,5%), aspiração (40%), gasometria (15%), troca de curativo (36,25%), auxílio nas refeições (65%) e clister (1,25%).

Os sinais e sintomas mais evidenciados foram o baixo nível de consciência (47,5%), hemiparesia (31,25%) e desvio de comissura labial (25%), isto, justifica-se pelo motivo prevalente da hospitalização dos idosos ter sido o AVE.

Gráfico 2 - Distribuição de idosos quanto aos sinais e sintomas e procedimentos de enfermagem realizados no setor de emergência. Sobral-CE, 2018.



A tabela 3 demonstra as orientações recebidas pelos profissionais de enfermagem e as sugestões apontadas pelos participantes. Observou-se que mais da metade dos idosos e seus acompanhantes não tiveram orientações quanto ao estado de saúde, (28,75%) re-

lataram que só receberam orientações somente uma vez. Dos que informaram terem recebido orientações, apenas (47, 50%) foram sobre condição de saúde, os demais foram orientações quanto a exames (26,25%) e ou regras de setor (22,5%).

Tabela 3 - Caracterização dos idosos quanto orientações recebidas, frequência de orientações, avaliações e sugestões relacionados aos cuidados de enfermagem. Sobral- CE, 2018.

Variável	N	%	IC 95%	
1. Receberam orientações acerca dos cuidados a saúde	38	47,5	36,33	58,90
2. Frequência das orientações				
Diariamente	4	5,000	1,61	12,99
Semanalmente	11	13,75	7,39	23,69
Apenas uma única vez	23	28,75	19,45	40,11
Não recebeu	42	52,50	41,09	63,66
3. Orientações Recebidas				
Condição da saúde	38	47,50	36,33	58,90
Exames	21	26,25	17,33	37,48
Regras do Setor	18	22,50	14,22	33,46
3. Avaliação dos cuidados de enfermagem				
Ótimo	26	32,50	22,69	44,00
Bom	50	62,50	50,92	72,86
Ruim	4	5,000	01,61	12,99
4. Sugestões de Melhoria				
Agilidade no atendimento	19	23,75	15,24	34,81
Melhoria na privacidade	15	18,75	8,32	25,13
Melhora da estrutura física	17	21,25	13,20	32,10
Ajuda para necessidades diárias dos idosos	8	10,00	14,22	33,46
Ações de educação em saúde	9	11,25	05,59	20,76

DISCUSSÃO

Com relação ao perfil sociodemográfico dos idosos hospitalizados no setor da emergência, observou-se predomínio do sexo masculino, com faixa etária de 76 anos e seis meses, casados, aposentados e com baixa escolaridade. O predomínio do sexo masculino deve-se ao pouco envolvimento e cuidado do homem com sua saúde e por procurarem atendimento quando suas necessidades estão em estágios mais complexos, o que pode acarretar complicações e prejuízos em sua qualidade de vida⁷.

Os dados sociodemográficos encontrados foram semelhantes em estudos nacionais⁸⁻⁹, e em estudo internacional¹⁰. No entanto, estudo nacional que analisou internações evitáveis pela atenção primária com idosos admitidos em pronto atendimento, no estado do Paraná, apontou prevalência no sexo feminino¹¹.

Com relação ao tempo de hospitalização dos idosos, pelo menos metade permaneceu até três dias no setor da emergência. A permanência do usuário em período superior a 24 horas nos serviços de emergência, descaracteriza a assistência aos casos de emergência. Tal fato está associado à precariedade da rede assistencial, déficits na regulação dos leitos, falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar que, por sua vez, impactam o atendimento de emergência¹².

O serviço de emergência tem como característica ser um ambiente dinâmico em que novos pacientes são admitidos continuamente. Com isso, os idosos que aguardam um leito de internação deixam de ser uma prioridade para o enfermeiro, que direciona maior atenção aos que aguardam por atendimento e apresentam risco de morte¹³.

Além disso, o tempo prolongando de internação agrava o estado de saúde do idoso, tornando-o mais propenso a desenvolver infecções hospitalares, lesões por pressão, assim como comprometimento psicológico, devido às características inerentes aos serviços hospitalares. A internação também afeta os domínios de autonomia e independência do idoso, pelo fato dele estar em ambiente não familiar, exposto a rotinas diferentes, com limitação da execução de atividades diárias, restrição ao leito, alteração do sono, iatrogenia, má nutrição e delírium¹⁴.

Dessa forma, faz-se necessário a efetividade da atenção primária nas ações de promoção à saúde voltadas a esse grupo etário, considerando a prevalência de multicomorbidade, cujas intervenções são fundamentais para prevenir o agravamento dos casos e mesmo a hospitalização.

Neste estudo, mais da metade dos idosos relataram tratamento para as doenças crônicas hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Estudos nacionais realizados nessa

população reportam resultados similares, onde evidenciou-se que as comorbidades mais frequentes em idosos hospitalizados foram as mesmas¹⁵. Na perspectiva internacional, foi possível identificar resultados análogos aos achados nacionais¹⁶. A presença de doenças crônicas e comorbidades associadas à vida mais dinâmica do idoso contemporâneo favorece a ocorrência de quedas, resultando em significativas consequências psicológicas, físicas e sociais para a vida desses indivíduos¹¹.

As quedas da própria altura também ficaram em evidência neste estudo. A queda de pessoas idosas é uma causa crescente de lesões, custos de tratamento e morte. Além disso, mais da metade dos idosos que já tiveram um episódio de queda desenvolvem o medo de cair novamente com consequente inatividade física, piora do equilíbrio e aumentando o risco de novas quedas¹⁷⁻¹⁸.

Quanto aos sinais e sintomas apresentados, em sua maioria, são compatíveis com o AVE, sendo o diagnóstico responsável pela principal causa de hospitalização. Corroborando com os resultados deste estudo, uma pesquisa desenvolvida na Paraíba, evidenciou achados semelhantes⁽¹⁹⁾.

Sobre os procedimentos de enfermagem, foi identificado que os mais realizados foram: cateterismo vesical e gástrico em idosos hospitalizados. Os dados são semelhantes a uma pesquisa transversal, realizada em um hospital no estado do Piauí²⁰. Sabe-se que os procedimentos invasivos contribuem para tempo maior de internação prolongada no ambiente hospitalar, esses procedimentos são vitais no prolongamento da vida, no entanto, os mesmos são comumente relacionados ao risco de complicações clínicas²⁰.

Neste estudo, o serviço de enfermagem foi avaliado como bom, onde os profissionais preocupam-se em ajudar os idosos a aliviar dores e desconforto. Os achados colaboram com uma revisão integrativa, onde foi evidenciado que a simpatia, respeito e compartilhamento de informações ao realizar um procedimento de enfermagem, são medidas que proporcionam conforto, contribuindo para a satisfação dos idosos atendidos pelo serviço de enfermagem no setor de emergência, minimizando sinais e sintomas dos idosos²¹.

Apesar do serviço de enfermagem ter sido avaliado positivamente, foram apontadas pelos participantes as seguintes sugestões: agilidade no atendimento, melhoria na privacidade, melhora da estrutura física, ajuda para necessidades diárias do idoso e ações de educação em saúde. Estudo realizado na Espanha revelou que as características do ambiente como superlotação de pacientes aguardando atendimento, número insuficiente de profissionais e falta de espaço físico pode influenciar na privacidade do paciente e, conseqüentemente, no cuidado realizado²².

A manutenção da privacidade é muito importante, pois no setor de emergência, os espaços são, frequentemente, superlotados e compartilhados entre os usuários. Para os idosos, a falta de privacidade, somada ao ambiente agitado, pode levar à desorientação, sensação de incapacidade e perda da autonomia²³. Dessa forma, quando o enfermeiro não garante a privacidade do paciente, ele comete uma má conduta ética, visto que o código de ética dos profissionais de enfermagem - Resolução COFEN nº 564/2017 - prevê uma série de recomendações sobre os princípios fundamentais do exercício de enfermagem, sendo enfático no respeito, autonomia, pudor, privacidade e a intimidade do ser humano em todo seu ciclo vital²⁴.

Limitação do estudo

Destacam-se como limitação deste estudo, a coleta de dados ter sido realizada em um único hospital, considerando o curto período de tempo. Vale ressaltar que houve perdas da amostra devido à própria dinâmica do serviço, como os idosos em observação que evoluíram para alta hospitalar em poucas horas.

Contribuições para a prática

Os resultados do estudo podem servir de base para outros estudos e reflexões acerca da temática, além de fornecer subsídios para o planejamento, implementação e avaliação de ações e políticas de saúde pública, visando um melhor acolhi-

mento e uma melhor atenção ao idoso hospitalizado no setor de emergência.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reiteram a importância de levantar informações em relação ao perfil clínico e epidemiológico de idosos hospitalizados no setor de emergência.

Ressalta-se a importância de melhorar a assistência prestada ao idoso no serviço de emergência, uma vez que os idosos já chegam com um estado de saúde vulnerável. Além disso, apesar da maioria dos idosos avaliarem o serviço de enfermagem como bom, apontaram como sugestões, a agilidade no atendimento e a garantia da privacidade.

A falta de zelo dos profissionais de enfermagem em não garantir a privacidade do paciente retrata uma realidade preocupante em que não são respeitados os princípios éticos elementares no cuidado humano, fato esse que pode implicar em danos legais aos profissionais e ao serviço.

Contribuições dos Autores: Concepção, desenho, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final: Luiza Bruna Freire Sampaio, Andréa Carvalho Araújo Moreira, Francisco Eduardo Silva de Oliveira, Iane Ximenes Teixeira, Natália Frota Goyanna, Vitória Lídia Pereira Sousa.

REFERÊNCIAS

1. Melo LA, Ferreira LMBM, Santos MM, Lima KC. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [internet]. 2017 [acesso em 20 nov 2019]; 20(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n4/pt_1981-2256-rbagg-20-04-00493.pdf.
2. Costa NRCD, Aguiar MIF, Rolim ILTP, Rabelo PPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica/Health policy for elderly people: perception of professionals about its implementation in primary care. *Rev. Pesq. Saúde.* [internet]. 2016 [acesso em 20 nov 2019]; 16(2). Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239>.
3. Coutinho MLN, Samúdio MA, Andrade LM, Coutinho RN, Silva DMA. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. *Rev. Rene (Online).* 2015 [acesso em 17 nov 2019]; 6(6). Disponível em: http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/14763/1/2015_art_mlncoutinho.pdf
4. Teixeira JJM, Bastos GCFC, Souza ACL. Perfil de internação de idosos. *Rev. Soc. Bras. Clin. Méd.* [internet]. 2017 [acesso em 17 nov 2019]; 15(1). Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/833048/15-20.pdf>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica nº 19*; 2006.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres Humanos; 2012.
7. Nascimento AAS, Cunha BSS, Sá SPC. Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. *Estud. interdiscip. envelhec.* [internet]. 2014 [acesso em 17 nov 2019]; 19(1). Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/20963/31009>.

8. Oliveira C, Santos I, Rocca A, Dobri Nascimento G. Perfil epidemiológico de pacientes idosos atendidos em um pronto-socorro de hospital universitário brasileiro. *Rev. med. (São Paulo)*. [internet]. 2018 [acesso em 10 out 2019]: 97 (1). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/141366>.
9. Lopes MCBT, Lage JSS, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Fatores associados ao comprometimento funcional de idosos internados no serviço de emergência. *Einstein (São Paulo)*. [Internet]. 2015 [acesso em 15 out 2019]: 13(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000200007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3327>.
10. Karaveli A, Cerit GN, Özyurt E. Evaluation of admission causes and mortality rates of 65 years of age and older patients admitted from the emergency department to the intensive care unit. *Turkish journal of geriatrics*. [internet]. 2018 [acesso em 19 nov 2019]:21 (4). Disponível em: <http://geriatri.dergisi.org/abstract.php?id=1076>.
11. Rissardo LK, Rego AS, Scolari GAS, Radovanovic CAT, Decesaro MN, Carreira L. Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *REME rev. min. enferm.* [internet]. 2016 [acesso em 15 out 2019]: Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1107>.
12. Nascimento ERP, Silva SG, Souza BC, Souza DD, Germer Netto A. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev.Enferm.* [internet]. 2015 [acesso em 17 out 2019]: 19(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0338.pdf>.
13. Andrade LAS, Santos SP, Corpolato RC. Cuidado do idoso no setor de emergência: uma revisão integrativa. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [internet]. 2018 [acesso em 19 nov]: 21(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n2/pt_1809-9823-rbagg-21-02-00243.pdf.
14. Freitas SLS, Santos ELS, Pereira LSM, Lustosa LP. Vulnerabilidade dos idosos na alta hospitalar. Vulnerabilidade física de idosos na alta hospitalar. *Fisioter. pesqui.* [internet]. 2017 [acesso em 13 out 2019]:24(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v24n3/2316-9117-fp-24-03-00253.pdf>
15. Campos MOC, Rodrigues Neto EM, Cunha JCL, Andrade LM, Fonteles MMF, Bezerra JCP. Condições de saúde física e mental dos idosos atendidos em urgência e emergência. *Rev. enferm. UFPE on line.* [internet]. 2017: 11(10). [acesso em 17 nov 2019]. DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup20172.
16. Miró Ò, Aguilo S, Jacob J, Puente PH, Jiménes VC, Brizzi Bn et al. Profile of older patients attended in the emergency department after falls: A FALL-ER registry study of the magnitude of the problem and opportunities for improving hospital emergency care. *Emergencias*. [internet]. 2018 [acesso em 19 nov 2019]: 30(4). Disponível em: www.researchgate.net/publication/326802904_Profile_of_older_patients_attended_in_the_emergency_department_after_falls_A_FALLER_registry_study_of_the_magnitude_of_the_problem_and_opportunities_for_improving_hospital_emergency_care/citation/download
17. Freitas MG, Bonolo PF, Moraes EN, Machado CJ. Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. *Ciênc. saúde coletiva (Online)* [Internet]. 2015 [acesso 21 nov 2019]:20(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00701.pdf.
18. Sung YH, Cho MS, Kwon IG, Jung YY, Song MR, Kim K, et al. Evaluation of falls by inpatients in an acute care hospital in Korea using the Morse Fall Scale. *Inter Journal of Nursing Practice*. [internet]. 2014 [acesso em 30 nov 2019]: 20(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118515>.
19. Carvalho MA, Coutinho APO, Carvalho GDA, Queiróz DTG, Santos SR. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos atendidos por meio do serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. enferm. UFPE on line.* [internet]. 2015 [acesso em 14 nov 2019]:9(3). DOI: 10.5205/reuol.7505-65182-1-RV.0903201501.
20. Sprung CL, Artigas A, Kesecioglu J, Pezzi A, Wiis J, Pirracchio R, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: intensive care benefit for the elderly. *Crit Care Med* [Internet]. 2012 [acesso em 29 nov 2019]:40(1). Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22001580>.
21. Acosta AM, Marques GO, Levandovski PF, Peralta JP, Lima MADS. Satisfação dos usuários com cuidados de enfermagem em serviço de emergência: uma revisão integrativa. *REME rev min. enferm.* [internet]. 2016 [acesso 22 nov 2019]: Disponível
22. Grossmann FF, Zumbunn T, Ciprian S, Stephan FP, Woy N, Bingisser R, et al. Undertriage in older emergency department patients: tilting against windmills? *PLoS ONE*. [Internet]. 2014 [acesso em 23 nov. 2019]: 9(8). Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0106203>.
23. Santos MT, Lima MADS, Zucatti PB. Elder-friendly emergency services in Brazil: necessary conditions for care. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [internet]. 2016 [acesso em 30 nov 2019]:50(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500008>.
24. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução n. 564 de 06 nov.2017. Dispõe sobre a aprovação da reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem, Brasília: 2017.

DOENÇA ONCOLÓGICA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM UNIDADE DE REFERENCIA NA AMAZÔNIA

Walter de Souza Tavares¹

Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua¹

Mayrla Santana Picanço¹

Francineide Pereira da Silva Pena¹

Maria Virginia Filgueiras de Assis Melo¹

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

<https://orcid.org/0000-0001-6980-0848>

<https://orcid.org/0000-0001-9540-6289>

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

<https://orcid.org/0000-0002-5260-942X>

Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico, sociodemográfico, clínico e os cuidados de enfermagem no seguimento de pessoas com doença oncológica no estado do Amapá. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, documental. Os dados foram coletados dos prontuários, por roteiro sistematizado, na amostra de 320 prontuários, no período de 2014 a 2018. **Resultados:** Predomínio do sexo feminino (55%), faixa etária entre 60 - 69 anos (21%), escolaridade ensino fundamental incompleto (40%). O câncer de colo uterino (33%) foi predominante no sexo feminino, e o de próstata (30%) no sexo masculino. **Conclusão:** O perfil identificado no Amapá para a população masculina foi o câncer de próstata, que se pareceu ao perfil nacional, já para a população feminina, fugiu do perfil nacional, onde o câncer de mama responde pelo topo do ranking, enquanto no Amapá é o de colo uterino.

Descritores: Neoplasias; Epidemiologia; Enfermagem.

ONCOLOGICAL DISEASE: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE IN A REFERENCE UNIT IN THE AMAZON

Objective: To identify the epidemiological, sociodemographic, clinical profile and the nursing care in the follow up of peoples with oncological disease in the state of Amapá. **Methodology:** cross-sectional, descriptive, documentary study. The data were collected from the medical records by a systematized script, with a sample of 320 records of interventions that occurred in the period from 2014 to 2018. **Results:** The predominance was female (55%), aged over 60 (21%), incomplete primary schooling (40%). Cervical cancer was the most identified (33%) in the female sex, and the prostate cancer (30%) in the male sex. **Conclusion:** The profile identified in Amapá for the male population admits prostate cancer, a characteristic similar to the national profile, already for the female population, runs away from the national profile, where breast cancer is at the top of the ranking, while in Amapá it is the uterine cervix.

Descriptors: Neoplasms; Epidemiology; Nursing.

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA EN LA AMAZONÍA

Objetivo: Identificar el perfil epidemiológico, sociodemográfico, clínico y la atención de enfermería en el seguimiento de personas con enfermedad oncológica en el estado de Amapá. **Metodología:** Estudio transversal, descriptivo, documental. Los datos fueron recolectados de los prontuarios, por itinerario sistematizado, teniendo una muestra de 320 prontuarios, de intervenciones ocurridas en el período de 2014 a 2018. **Resultados:** Ocurrió el predominio del sexo femenino (55%), del grupo de edad superior a los 60 (21%) de la escolaridad escolar incompleta (40%). El cáncer de cuello uterino fue el más identificado (33%) en el sexo femenino, y el de próstata (30%) en el sexo masculino. **Conclusión:** El perfil identificado en Amapá para la población masculina admite el cáncer de próstata, característica similar al perfil nacional, ya para la población femenina, huye del perfil nacional, donde el cáncer de mama es el que está en la cima del ranking, en el Amapá es el de cuello uterino.

Descriptores: Neoplasias; Epidemiología; Enfermería.

¹Universidade Federal do Amapá, AP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde, o câncer é considerado problema de saúde pública, decorrente de causas múltiplas, como os fatores ambientais, culturais, socioeconômicos e estilo de vida, e anualmente responde por 8,8 milhões de óbitos, sendo a maioria em países de baixa e média renda¹.

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a prevenção e controle do câncer representam desafio amplo e complexo a julgar pela diversidade regional e grandeza continental do Brasil. A estimativa é de que ocorra aumento na incidência, mortalidade e morbidade da população com doença oncológica no biênio 2018-2019 quando comparado a período anterior, indicando importante avaliação do perfil epidemiológico destes para a compreensão de futuros investimentos em pesquisas e para ações efetivas de prevenção².

Os cânceres que mais afetam a população masculina do Brasil, são os de próstata, traqueia, brônquio e pulmão, cólon e reto e os que mais atingem a feminina, são os cânceres de mama, cólon e reto, colo de útero³. No Amapá, as estimativas se apresentam próximas à realidade da população brasileira, no entanto, o cenário obtém certas excepcionalidades, como maior frequência de câncer de colo de útero.

Diante da expressividade do tema, é imprescindível a procura por dados de qualidade e informações reais, além do mais, a compreensão dos parâmetros envolvidos no cotidiano de pessoas com doença oncológica, tais quais: as ações de enfermagem no tratamento, o perfil epidemiológico e a demanda sociodemográfica no estado do Amapá remetem necessidade de maiores discussões sobre o assunto. Diante disso, trabalhar aspectos epidemiológicos auxiliam na distribuição da ocorrência da doença oncológica e nas ações de controle, visando a promoção de saúde, bem como na verificação da eficácia das políticas públicas existentes ou na criação futura das mesmas por órgãos responsáveis.

Neste contexto, este estudo teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico, sociodemográfico, clínico e os cuidados de enfermagem no seguimento de pessoas com doença oncológica no estado do Amapá.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

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

Local e período do estudo

Foi realizado na Unidade de Alta Complexidade em On-

cologia (UNACON) do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, no período de janeiro de 2014 a outubro de 2018, sendo a coleta de dados realizada no mês de novembro de 2018.

População, Amostra e critérios de elegibilidade

A população foi composta por 3.028 prontuários ativos no arquivo da UNACON, tendo amostragem aleatória estratificada de 320 prontuários que obedeceram aos critérios de inclusão: prontuários de pessoas maiores de 18 anos, com diagnóstico de neoplasia maligna confirmada por biópsia, em seguimento entre janeiro de 2014 a outubro de 2018, que já finalizaram o tratamento ou ainda em processo (pessoas que passam por terapias de controle ao câncer, no aguardo de remissão da doença). Foram excluídos prontuários com preenchimento inadequado, com escrita ilegível e com diagnósticos recentes que não foram comprovados por biópsia.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após a autorização da direção do hospital, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (Parecer nº 3.005.900) e anuência do participante, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi aplicado um roteiro sistematizado para coleta das informações relacionadas ao sexo, idade no período, naturalidade, local de procedência, estado civil, escolaridade e profissão, dados clínicos como a hipótese diagnóstica, ano de realização da biópsia, recidiva, situação e tipo de tratamento realizado, tempo do diagnóstico até o começo do tratamento (calculado pela data da biópsia até o início do tratamento), além dos registros de enfermagem quanto à assistência prestada.

Análise de dados

Os dados foram tabulados, interpretados, processados e analisados por meio da estatística descritiva de frequência relativa e absoluta. As variáveis estado civil e escolaridade foram agrupadas por códigos, a fim de facilitar a compreensão: EC¹ (não casados), EC² (casados e/ou união estável) e S¹ (sem informações); A (analfabetos), E¹ (pessoas que cursaram até o ensino fundamental) e E² (acima do ensino fundamental). Os resultados foram demonstrados em gráficos e tabelas, sendo utilizado o software estatístico Bioestat 5.4, tabulado no Microsoft Excel for Windows 2016® e discutidos à luz da literatura pertinente.

RESULTADOS

Do perfil identificado, predominou o sexo feminino 55% (177). A faixa etária de 60 a 69 anos. Na Tabela 1 estão apresentadas as demais variáveis sociodemográficas das pessoas em seguimento.

Tabela 1 - Identificação das pessoas com doença oncológica em seguimento na unidade de alta complexidade em oncologia - segundo características sociodemográficas. Macapá/AP, 2018. N= 320.

Variáveis		N	%*
Sexo	Feminino	177	55%
	Masculino	143	45%
Faixa Etária	< 20 a 29	18	6%
	30 a 39	33	10%
	40 a 49	63	20%
	50 a 59	61	19%
	60 a 69	68	21%
	70 a 79	53	16%
	80 a 89	24	8%
Estado Civil	EC ¹	106	33%
	EC ²	178	56%
	S ¹	36	11%
Escolaridade	A	41	13%
	E ¹	129	40%
	E ²	100	31%
	S ¹	50	16%
Trabalho	Sem ocupação fixa	186	58%
	Fora de casa	76	24%
	Do lar	33	10%
	Aposentados	25	8%
Procedência	Macapá/AP	92	29%
	Afuá/PA	37	12%
	Breves/PA	36	11%
	Chaves/PA	16	5%
	Santana/AP	11	3%
	Amapá/AP	10	3%
	Outros	118	37%

Fonte: Protocolo de pesquisa (2018) * : Percentual arredondado para múltiplos de 10. EC¹ (não casados), EC² (casados e/ou união estável) e S¹ (sem informações); A (analfabetos), E¹ (pessoas que cursaram até o ensino fundamental) e E² (acima do ensino fundamental).

A tabela 2 revela variáveis clínicas e epidemiológicas dos cinco cânceres predominantes para o sexo masculino e para o sexo feminino, identificados

nos 320 prontuários que constituiu a amostra deste estudo e que tiveram diagnóstico entre os anos de 2014 a 2018.

Tabela 2 - Identificação dos tipos de cânceres predominantes segundo localização primária e sexo. Macapá/AP, 2018. N=320.

Masculino		Feminino	
Localização Primária	%*	Localização Primária	%*
Próstata	30%	Colo do Útero	33%
Estômago	18%	Mama	29%
Cólon e Reto	8%	Estômago	8%
Cavidade Oral	6%	Cólon e Reto	5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	5%	Ovários	4%

Fonte: Protocolo de pesquisa (2018) * : Percentual arredondado para múltiplos de 10.

A maior parte das biópsias ocorreu no ano de 2017, sendo o ano com maior número de diagnósticos 37,5% (120) das pessoas. Os casos de recidivas foram identificados 5,3% (17) das pessoas e identificou a mesma doença ou de um novo tipo.

Os tipos de tratamentos disponíveis na unidade foram ci-

urgia e quimioterapia, entretanto, 36% (115) da amostragem tinham variadas formas terapêuticas, como: radioterapia, quimioterapia associado à radioterapia, imunoterapia, dentre outras. Para melhor compreensão a tabela 3 apresenta as variáveis clínicas subdividas em categorias.

Variáveis	Categoria	N	%*
Situação	Seguimento	239	75%
	Paliativo	52	16%
	Não realizou	29	9%
Tipo de tratamento	Cirurgia	57	18%
	Quimioterapia	83	26%
	Cirurgia + Quimioterapia	65	20%
	Outras terapêuticas	115	36%
Diagnóstico ao Tratamento	< 1 ano	273	85%
	> 1 ano	18	6%
	Não realizou	29	9%

Na tabela 4, estão identificados os cuidados de enfermagem. Observou-se pelos registros que algumas ações foram

realizadas com maior frequência e os cuidados foram realizados com menor frequência.

Tabela 4 - Distribuição dos cuidados de enfermagem a pessoas em seguimento na unidade de alta complexidade oncológica. Macapá/AP, 2018. N=320

Cuidados	N	%*
Monitorização e controles	228	71%
Tarefas administrativas e gerenciais	320	100%
Passagem de sondas	26	8%
Medidas de Higiene	26	8%
Cuidados com drenos	12	4%

Fonte: Protocolo de pesquisa (2018) * : Percentual arredondado para múltiplos de 10.

DISCUSSÃO

No presente estudo destaca-se a predominância do sexo feminino entre doenças oncológicas com (55%) dos casos. As mulheres tendem a relatar as morbidades que apresentam com maior facilidade do que os homens, assim frequentando mais aos serviços de saúde, com consequente diagnóstico e tratamento oportuno⁴. O perfil identificado de atendimento em saúde a literatura corrobora com o processo de transição demográfica que ocorre globalmente, e o Brasil segue as tendências, como o aumento quantitativo de idosos e o fenômeno de feminização do envelhecimento, devido a maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens⁵.

Relacionado a idade, predominou a população idosa, com maior frequência na faixa etária acima de 60 anos (45%). De acordo com Carvalho et al.⁶, em que mais de 50% de todos os tipos de cânceres ocorrem em pessoas com mais de 65 anos, sendo a principal causa de morte em homens e mulheres com idades entre 60 a 79 anos. Entende-se que o avanço da idade produz redução da reserva funcional, da capacidade do organismo se adaptar e manter um equilíbrio energético, comprometendo os mecanismos necessários para a realização das atividades e aumento de prevalência de doenças⁵, associado ao maior período de exposição aos diferentes agentes causadores/agravadores da doença oncológica, aumentando sua fragilidade e tornando a doença mais incidente nesse grupo.

Sobre o estado civil, a maior proporção foi entre os casados ou em união estável, em (56%) da amostra. A família tem impacto significativo sobre a saúde de seus membros, influenciando sobre as enfermidades que os acomete⁷. Os casados ou em união estável realizam seguimento de maneira mais eficaz, devido ao apoio social recebido, sugerindo coesão familiar que contribui para desenvolver recursos e competência sociais que são características que quando vividas promovem resiliência e enfrentamento da doença⁸. Neste contexto, surgiram mudanças nas relações conjugais, ou seja, uma relação de maior compreensão e apoio mútuo, pois o cuidar que era direcionado a família foi substituído pelas tarefas que a doença exige, esse achado corrobora com a característica de coesão familiar, que evidencia a qualidade das relações familiares em forma de comunhão de valores, favorecendo visão de mundo para o futuro⁹.

A população desse estudo, apresentou baixo grau de escolaridade, (13%) eram analfabetos e (40%) estudaram até o ensino fundamental. Essa característica identifica uma barreira para o acesso a informações de boa qualidade, ainda mais quando associada a doenças crônicas não transmissíveis nos segmentos socialmente desfavorecidos¹⁰. Para a população feminina, é fator indicativo importante ao acesso a exames como a mamografia e citologia oncológica, nos quais a procura aumenta de acordo com o grau de escolaridade¹¹.

Parcela significativa (29%) da amostra estudada revelou naturalidade da capital, Macapá. No entanto, os demais locais eram de municípios próximos a capital, incluindo alguns municípios do estado do Pará, mais especificamente a ilha marajoara do Afuá com (12%). Quando esse deslocamento ocorre, torna-se imprescindível refletir a dinâmica do atendimento, na perspectiva de pensar estratégias que atendam as diferentes necessidades da população.

Acerca do perfil epidemiológico, para o INCA, os três tipos de cânceres prevalentes na população masculina brasileira foram: câncer de próstata (31,7%); câncer de traqueia, brônquio e pulmão (8,7%); e câncer de cólon e reto (8,1%)². Já na população feminina foram: câncer de mama feminina (29,5%); câncer de cólon e reto (9,4%); e câncer de colo de útero (8,1%)².

No estudo em questão, os três tipos de cânceres de maior proporção na população masculina foram: câncer de próstata (30%); câncer de estômago (18%); e câncer de cólon e reto (8%). Enquanto que na população feminina foram: câncer de colo do útero (33%); câncer de mama (29%); e câncer de estômago (8%).

Esse perfil evidencia que os resultados deste estudo quando comparados aos dados das estimativas nacionais indicam semelhanças aos cânceres que acometem a população masculina, entretanto, se diferenciam dos tipos de cânceres na população feminina.

Destacando as singularidades, o câncer de colo de útero na maioria dos casos (70%) ocorre em áreas com menores índices de desenvolvimento humano, apresentando alta taxa de óbitos naqueles países menos desenvolvidos¹². Sendo o mais incidente na Região Norte e o terceiro a índices nacionais¹⁻².

A variação regional e suas distintas características econômico-culturais, regionais e mesmo interurbanas encontradas no Brasil, geraram um padrão em que coexistem fatores relacionados à pobreza e ao desenvolvimento¹³. Com isso, a baixa condição socioeconômica interfere no acesso aos serviços de prevenção, rastreamento regular, diagnóstico e tratamentos oportunos. Existe disparidades entre as áreas que têm melhores estruturas urbanas (Regiões Sudeste e Sul) com a presença de sistemas de saúde bem equipados e com funcionamento mais eficiente em contraponto a aquelas que possuem ausência de níveis hierárquicos intermediários (Regiões Norte e Nordeste)².

Em suma, as ações de prevenção não contemplam de maneira igualitária toda a população. Isso ocorre devido às variações regionais com suas respectivas assistências de saúde, aspecto importante no que concerne ao cân-

cer de colo de útero, pois este sofre influência de fatores sociais e econômicos uma vez que as regiões menos desenvolvidas socioeconomicamente apresentam maior incidência da doença.

Neste estudo, o câncer de estômago apresentou expressividade entre as pessoas. Na população masculina, ocupou a segunda posição entre os predominantes, apontando particularidade quando analisado o cenário nacional e elevado índice de casos na população feminina estando como o terceiro predominante. O INCA, constata que é o segundo câncer mais frequente entre os homens nas regiões Norte e Nordeste, enquanto nas regiões Sul e Centro-Oeste é o quarto mais frequente e na região Sudeste, ocupa a quinta posição. Para as mulheres, é o quinto mais frequente na Região Norte e o sétimo na Região Sudeste².

Na Região Norte, destacou-se as situações de risco que influenciam o surgimento do câncer de estômago: os baixos índices no tratamento de esgoto, a prevalência de infecção pela bactéria *H. Pylori*, o consumo de carnes na forma de embutidos, da farinha de mandioca e de bebidas alcoólicas¹⁴. Assegurada a associação entre doenças oncológicas no estômago e o baixo nível socioeconômico, fator observado nas regiões Norte e Nordeste, que possuem maior incidência da doença, enfatizando que a Região Norte possui o menor índice no tratamento de água fornecido a população¹⁵.

O câncer de próstata é notadamente reconhecido como problema de saúde pública mundial, foi observado o aumento progressivo de sua prevalência em diversos países e de acordo com o INCA², obteve predominância de taxas nas regiões mais desenvolvidas: Sul e Sudeste. No entanto, o Amapá se equipara ao cenário nacional corroborando com os dados brasileiros, se colocando entre os assuntos de maior debate na Atenção Primária¹⁶.

Em 2013, foi a segunda causa de mortalidade por doença oncológica no sexo masculino com 14,1 óbitos por cem mil homens, atrás apenas do câncer de traqueia, brônquios e/ou pulmões, com 16,12 óbitos a cada cem mil homens⁸.

Para explicar o aumento nas taxas incidentes de câncer de próstata no Brasil, os principais fatores, foram: aumento da expectativa de vida da população, melhoria na qualidade dos registros, maior disponibilidade de métodos diagnósticos e aumento do diagnóstico da doença em razão da disseminação do rastreamento com teste do Antígeno Prostático Específico (PSA) e toque retal².

Neste estudo, (5,3%) dos prontuários estudados referendavam dados de recidiva, um acontecimento possível a

pessoa com doença oncológica. Caire et al.¹⁷ relatam que o prolongamento do tratamento causada pela recidiva, gera déficit de autoestima com profundos traços de ansiedade.

Destarte, é importante acompanhar o número e a evolução dos casos tratados em uma determinada localidade para melhor caracterização do perfil das pessoas em seguimento, tendo em vista que o estudo em questão identificou (75%) dos casos categorizados como em seguimento, (16%) em terapêutica paliativa e (9%) não realizaram nenhuma terapêutica. No que se refere ao tratamento há outra demanda crucial, a UNACON não conta ainda com radioterapia, modalidade comum utilizada em associação terapêutica, sendo necessário o deslocamento da pessoa com doença oncológica a outros estados.

Os cuidados de enfermagem no seguimento oncológico estão voltados para a prevenção e controle, a realização de cuidados paliativos, o tratamento, a reabilitação e atendimento aos familiares, atuando também no desenvolvimento de ações educativas, administrativas e gerenciais. Averiguando os principais cuidados de enfermagem, existem procedimentos com (100%) de ocorrência, como tarefas administrativas e gerenciais do cuidado, mas, também procedimentos exclusivos ao enfermeiro, como as sondagens, com (8%) de ocorrência. Estudo realizado com 29 participantes em cuidados paliativos, corrobora com o amplo conjunto de intervenções de enfermagem, principalmente, no cuidado aos indivíduos e seus familiares e na gestão¹⁸.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta como limitação a falta de algumas informações nos prontuários, principalmente nas anotações de enfermagem, impossibilitando uma análise mais eficaz quanto os cuidados prestados.

Contribuições para a prática

A contribuição do estudo para a área de enfermagem advém da identificação do perfil epidemiológico, socio-demográfico e clínico e os cuidados de enfermagem cujo conhecimento subsidiará o planejamento de estratégias preventivas, a fim de minimizar a incidência de cânceres, bem como elaborar a sistematização da assistência de enfermagem que estão relacionadas com as peculiaridades locais. Isso pode favorecer possíveis políticas públicas locais que visem aperfeiçoar os programas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce dos cânceres mais prevalentes no Estado do Amapá.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados concluídos, foram identificadas

as características epidemiológicas, clínicas e os cuidados de enfermagem nas pessoas acometidas por câncer atendidas na UNACON. O perfil sociodemográfico em sua maioria se assemelha ao perfil descrito na literatura, estando o sexo feminino como o mais acometido por doença oncológica, na faixa etária entre 60-65 anos de idade, os que têm companheiros (as), a escolaridade baixa constatado pelo maior percentual de pessoas que cursaram até o ensino fundamental, situação trabalhista sem ocupação fixa, e a procedência maior índice da capital Macapá. No perfil clínico foi identificada para as categorias situação a maioria estava em seguimento, sobre o tipo de tratamento outras terapêuticas ocupam destaque, o tempo entre o diagnóstico e tempo de início do tratamento prevaleceu menor que um ano.

Para os tipos de cânceres, para sexo feminino predominou o câncer de colo uterino, e para o sexo masculino o câncer de próstata. Foi constatado que monitorização e controles foram os cuidados mais evidenciados na descrição nos prontuários analisados. Esses resultados podem contribuir para o planejamento de estratégias para medidas preventivas, terapêuticas e outras ações para melhor assistência, visto que se identificou particularidades comparadas ao âmbito nacional. Há necessidade de mais estudos sobre a temática, principalmente à nível estadual, pois os dados locais mostram situações específicas.

Observou-se a incidência de cânceres que estão diretamente relacionados à falta de saneamento básico, baixo nível de escolaridade, maus hábitos alimentares e falhas no sistema de saúde, sendo estes, fatores presentes na Região Norte. Com ênfase, no câncer de estômago, que apresenta elevada ocorrência na população do estado do Amapá, justificado pelos fatores pertinentes à localidade. Contudo, ressalta-se a necessidade de programas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, com ações de saúde que envolvam a equipe multidisciplinar e os órgãos públicos, para que se obtenha educação continuada e planejamento de assistência eficaz.

Contribuições dos Autores: Walter de Souza Tavares, Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua e Mayrla Santana Picanço foram responsáveis pela concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Francineide Pereira da Silva Pena e Maria Virginia Filgueiras de Assis Melo foram responsáveis pela redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo [Internet]. 2017 [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <https://bit.ly/2kJXWy8>.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [acesso em 2018 fev 8]. Disponível em: <https://bit.ly/2Gf6Z6I>.
3. Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT, Corrêa CSL, Abreu DMX de, Curado MP, Mooney M, et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 4]; 20(1):102-15. Disponível em: <https://bit.ly/2EiqZ5J>.
4. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, Moura L, Silva GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [acesso em: 2018 dez 6]; 18(2):146-57. Disponível em: <https://bit.ly/2rBTJ1y>.
5. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MÉA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [acesso em 2020 jun 08]; 10 (3): 112-118. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3>
6. Carvalho MHR, Carvalho SMR, Laurenti R, Payão SLM. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em: 2018 dez 6];23(2):347-54. Disponível em: <https://bit.ly/2Bf0DhO>.
7. Cardoso AC, Noguez PT, SG Oliveira, Porto AR, Perboni JS, Farias TA. Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [acesso em 2020 jun 08]; 10 (3): 34-39. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3>.
8. Andrade FP, Muniz RM, Lange C, Guanilo MEE. Perfil sociodemográfico e econômico dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 dez 6];22(2):476-84. Disponível em: <https://bit.ly/2RWrzKL>.
9. Figueiredo T, Silva AP, Silva RMR, Jesus Silva J, Oliveira CS, Alcântara DDF, Souza AAM, et al. Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 dez 10];42(1):34-9. Disponível em: <https://bit.ly/2EhQ6FO>.
10. Batiston AP, Tamaki EM, Souza LA, Santos MLM. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 dez 6];11(2):163-71. Disponível em: <https://bit.ly/2SNHDOL>.
11. Malta DC, Bernal RTI. Comparação dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras, 2011. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2014 [acesso em 2018 dez 6]; 17(1):241-55. Disponível em: <https://bit.ly/2Gf7gXL>.
12. Ferlay J, Parkin DM, Pisani P. GLOBOCAN 2012: Cancer incidence and mortality worldwide. Lyon: IARC [Internet]. 2013 [acesso em 2018 dez 6]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>.
13. Barbosa IR, Souza DLB, Bernal MM, Costa ICC. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 dez 6];21(1):253-62. Disponível em: <https://bit.ly/2Gg3PiT>.
14. Sales ML, Guimarães AVS. Fatores de risco no desenvolvimento de câncer gástrico: uma análise na população brasileira. *Rev Bras Ciênc Vida* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 dez 6];5(1). Disponível em: <https://bit.ly/2zU5KUQ>.
15. Mendes AAR, dos Santos FCT, Assis MO, Monteiro R, Garcia Junior SS, Neves WS, da Silva MHS, et al. Avaliação da sobrevida de pacientes com câncer do trato gastrointestinal em uma cidade do interior de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 Dez 6];28(4):5-11. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2301>.
16. Bidinotto DNPB. A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 dez 6];24:e2756. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02756.pdf.
17. Caires S, Machado M, Antunes MC, Melo ASM. Recidiva Oncológica: Olhares dos Profissionais Hospitalares sobre as Dificuldades do Paciente Pediátrico. *Psico-USF* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 dez 10];23(2):333-45. Disponível em: <https://bit.ly/2zSURfy>.
18. Fuly PDSC, Pires LMV, de Souza CQS, Renaud BG, de Oliveira B, Padilha, KG. Carga de trabalho de enfermagem de pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enf USP* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 18];50(5):793-800. Disponível em: <https://bit.ly/2BeYXow>.

EFEITOS ADVERSOS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Livia de Souza Gonçalves^{1,2}

Luciano Garcia Lourenção³

Margaret Ártico Baptista¹

Jacqueline Flores de Oliveira³

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto⁴

Claudia Eli Gazetta¹

<https://orcid.org/0000-0001-8744-6985>

<https://orcid.org/0000-0002-1240-4702>

<https://orcid.org/0000-0002-6125-8158>

<https://orcid.org/0000-0002-0598-3881>

<https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

<https://orcid.org/0000-0002-2603-8803>

Objetivo: Analisar ocorrências de efeitos adversos relacionados a medicamentos no tratamento de tuberculose e sua associação com variáveis clínicas e desfecho. **Método:** Estudo transversal com 63 casos de tuberculose tratados no Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase de São José do Rio Preto, São Paulo, no período de 2010 a 2015. Utilizou-se análise de frequência e teste qui-quadrado com correção de Monte Carlo. **Resultados:** Os efeitos adversos iniciaram-se antes do terceiro mês de tratamento; efeitos menores foram mais frequentes, com predomínio de irritação gástrica. Houve associação entre conduta médica e efeitos adversos ($p = 0,009$). **Conclusão:** Efeitos adversos causados pelos medicamentos podem prejudicar o desfecho clínico devido ao risco de abandono do tratamento. Profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais e sintomas relacionados aos efeitos adversos, implementando condutas necessárias para neutralizar ou diminuir as queixas, visando adesão ao tratamento e cura da doença.

Descritores: Tuberculose; Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos; Terapia Combinada; Tuberculose Resistente a Múltiplos Medicamentos; Tuberculose Pulmonar.

ADVERSE EFFECTS IN THE TREATMENT OF TUBERCULOSIS

Objective: To analyze occurrences of drug-related adverse effects in treatment of tuberculosis and its association with clinical variables and outcome. **Method:** Cross-sectional study with 63 cases of tuberculosis treated at Tuberculosis and Leprosy Outpatient Clinic of São José do Rio Preto, São Paulo, from 2010 to 2015. We used frequency analysis and chi-square test with Monte Carlo correction. **Results:** Adverse effects started before the third month of treatment; effects were more frequent, with predominance of gastric irritation. There was association between medical conduct and adverse effects ($p=0.009$). **Conclusion:** Adverse effects caused by medications may impair the clinical outcome due to risk of treatment withdrawal. Health professionals should be alert to signs and symptoms related to adverse effects, implementing the necessary behaviors to neutralize or reduce complaints, aiming adherence to treatment and cure of the disease.

Descriptors: Tuberculosis; Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions; Combined Modality Therapy; Tuberculosis, Multi-drug-Resistant; Tuberculosis, Pulmonary.

EFEITOS ADVERSOS EN EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS

Objetivo: Analizar los efectos adversos relacionados con medicamentos en tratamiento de la tuberculosis y su asociación con variables clínicas y desenlace. **Método:** Estudio transversal con 63 casos de tuberculosis tratados en Ambulatorio de Tuberculosis y Hanseniasis de São José Rio Preto, São Paulo, en período de 2010 a 2015. Se utilizó análisis de frecuencia y prueba chi-cuadrado con corrección de Monte Carlo. Los efectos adversos se iniciaron antes del tercer mes de tratamiento; los efectos menores fueron más frecuentes, con predominio de irritación gástrica. Se observó asociación entre conducta médica y efectos adversos ($p=0,009$). **Resultados:** Los efectos adversos causados por medicamentos pueden perjudicar el resultado clínico debido al riesgo de abandono del tratamiento. **Conclusiones:** Los profesionales de salud deben estar atentos a los signos y síntomas relacionados con efectos adversos, implementando conductas necesarias para neutralizar o disminuir las quejas, visando adhesión al tratamiento y cura de la enfermedad.

Descriptores: Tuberculosis; Efectos Colaterales y Reacciones Adversas Relacionados con Medicamentos; Terapia Combinada; Tuberculosis Resistente a Múltiples Medicamentos; Tuberculosis Pulmonar.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP, Brasil.

²Prefeitura Municipal de Votuporanga, SP, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande (FURG), RS, Brasil.

⁴Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) constitui uma doença infecciosa milenar que tem como agente causal o *Mycobacterium tuberculosis*. Apesar de haver recursos tecnológicos suficientes para tratar e promover seu controle, sua erradicação ainda é um objetivo difícil de ser alcançado. A doença permanece como um dos principais agravos à saúde devido à sua relação com as desigualdades sociais, migração da população, multirresistência aos fármacos, deficiência dos sistemas de saúde e a coinfeção com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)¹⁻³.

De acordo com a nova classificação dos países prioritários, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando o período de 2016 a 2020, o Brasil ocupa a 20ª posição entre aqueles que mais apresentam carga de TB e 19º lugar quando relacionado à coinfeção com HIV⁴⁻⁵, colocando a doença como prioridade entre as políticas governamentais da saúde.

Em 2013 o indicador de cura da tuberculose no Brasil foi de 72,5%, com percentual um pouco maior em alguns estados, como São Paulo, que apresentou 82,3%. Em relação ao abandono do tratamento, algumas regiões apresentam um percentual superior aos 5% desejados, como Amazonas (15,9%), Rio Grande do Sul (15,1%) e Rondônia (14%)⁶⁻⁷.

No ano de 2010 o país adotou um novo esquema terapêutico contra a tuberculose, composto por quatro fármacos (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), com dose fixa combinada em um comprimido, durante dois meses (fase intensiva), e nos quatro meses seguintes (fase de manutenção), com dois fármacos (rifampicina e isoniazida).

Isto ocorreu devido à constatação do aumento da resistência primária à isoniazida de 3,5% para 6,0% e também à rifampicina de 0,2% para 1,5%. O propósito foi aumentar a adesão ao tratamento, os índices de cura da doença e reduzir a resistência desenvolvida aos medicamentos⁸⁻⁹. Em casos de cepas multirresistentes são utilizados outros esquemas de tratamento, com a presença de medicamentos de segunda escolha. Os medicamentos de primeira escolha possuem um custo bem mais baixo do que os de segunda escolha e apresentam menor probabilidade de efeitos adversos¹⁰.

Apesar de o tratamento da tuberculose combater o microrganismo, os medicamentos podem ocasionar efeitos adversos indesejáveis, seja pelo princípio ativo ou pelos seus metabólitos¹¹⁻¹². De acordo com a OMS, os efeitos adversos relacionados a medicamentos compreendem respostas prejudiciais ou indesejáveis, não intencionais, relacionadas a medicamentos em doses utilizadas para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doença ou modificação de funções fisiológicas¹³⁻¹⁶.

O Ministério da Saúde do Brasil classifica os efeitos adversos aos medicamentos antitubercúlicos em efeitos menores (5 a 20% dos casos), que não exigem alteração do esquema medica-

mentos e, em geral, podem ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); e efeitos maiores (três a oito por cento dos casos), que necessitam suspensão ou modificação do tratamento e demandam atendimento especializado^{8,12}.

Estudo brasileiro realizado em hospital universitário de Vitória, Espírito Santo, com casos tratados entre 2003 e 2006, encontrou incidência geral de efeitos adversos de 83,5%, com maior frequência de envolvimento articular/ósseo/muscular (24,9%) e envolvimento cutâneo (22,1%)¹¹. Os fatores relacionados aos efeitos adversos são diversos e, dentre os descritos na literatura, os maiores determinantes desses efeitos são: dose e horários de administração de medicamentos, idade, estado nutricional, alcoolismo, gravidez, condições da função hepática e renal e coinfeção pelo HIV⁸.

Os efeitos adversos relacionados aos medicamentos antitubercúlicos podem levar ao aumento dos custos do tratamento, devido ao maior número de visitas do cliente ao serviço de saúde, realização de exames complementares para chegar ao diagnóstico do efeito adverso e até pela necessidade de hospitalização, em situações mais graves¹¹. Além disso, estão relacionados a uma maior taxa de abandono do tratamento¹¹⁻¹², o que justifica a realização de estudos sobre o tema.

Ante o exposto, este estudo objetivou analisar ocorrências de efeitos adversos relacionados a medicamentos no tratamento de tuberculose e sua associação com variáveis clínicas e desfecho.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Estudo transversal dos casos novos de tuberculose notificados durante o período de 2010 a 2015.

Participantes da Pesquisa

A população do estudo foi constituída por todos os casos novos de tuberculose, com tratamento concluído, notificados no período de corte do estudo. Considerou-se caso novo o doente com tuberculose que nunca se submeteu a farmacoterapia antituberculose, ou a fez por menos de 30 dias, ou ainda foi tratado há mais de cinco anos⁸.

Foram incluídos no estudo os casos que apresentaram reações adversas ao tratamento. Foram excluídos aqueles casos com situação de encerramento "alta por mudança de diagnóstico", diagnosticados em outro período de referência, moradores de outros municípios e aqueles que possuíam coinfeção tuberculose-HIV, pois há estudos que demonstram fator de risco importante para o desenvolvimento de reações adversas a medicamentos graves¹³⁻¹⁴.

Local do Estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase (ATH) de São José do Rio Preto, São Paulo, serviço res-

ponsável pela alimentação do Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose do município (TB-WEB) e oferece suporte para a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de discussão de casos (contato telefônico e visitas institucionais), disponibiliza medicações, capacita os profissionais da saúde e supervisiona o trabalho destes no desenvolvimento das ações de controle.

Instrumento e Procedimento de Coleta dos Dados

A coleta dos dados ocorreu no ano de 2018, utilizando um instrumento elaborado pelos pesquisadores, contendo variáveis sociodemográficas, dados clínicos, características dos efeitos adversos e classificação dos efeitos em maiores ou menores. Inicialmente foram levantadas informações no sistema TBWEB e, para levantamento dos efeitos adversos, realizou-se busca nos prontuários.

Foram considerados efeitos adversos menores: náusea, vômito, dor abdominal; suor e/ou urina de cor avermelhada; prurido ou exantema leve; dor articular; hiperuricemia sem sintomas; hiperuricemia com artralgia; cefaleia, ansiedade, euforia, insônia; acne na face e tronco; elevação transitória e assintomática das enzimas hepáticas AST e ALT. E efeitos adversos maiores: exantema ou hipersensibilidade moderada a grave; psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma; neurite óptica; hepatotoxicidade; hipoacusia, vertigem, nistagmo; trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite; rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal; neuropatia periférica.⁸

Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados foram tabulados e agrupados em categorias, de acordo com as respostas. Os dados sociodemográficos foram utilizados para caracterizar a população do estudo. Para análise da associação dos efeitos adversos com desfechos clínicos foram utilizados os testes qui-quadrado e Monte Carlo, considerando significativo valor-p menor ou igual a 0,05.

Procedimentos Éticos

Antecedendo a coleta dos dados, o estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, atendendo aos princípios da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Os 63 casos incluídos no estudo apresentaram, durante o período do tratamento, 132 ocorrências de efeitos adversos aos medicamentos, sendo 48 (76,2%) efeitos menores e 15 (23,8%) efeitos maiores; 56 (88,9%) apresentaram efeitos adversos nos primeiros três meses de tratamento e sete (11,1%), após o terceiro mês de tratamento. Em relação ao perfil sociodemográfico, foram predominantemente pessoas de cor/raça branca (79,3%),

na faixa etária de 30 a 59 anos (61,9%), do sexo masculino (58,7%) e escolaridade de um a 12 anos de estudo (91,4%).

Conforme mostra a Tabela 1, houve prevalência de tuberculose extrapulmonar (52,4%). O esquema medicamentoso utilizado na maioria dos casos (93,7%) foi o básico (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), como dose de ataque (dois primeiros meses), e rifampicina e isoniazida como manutenção (quatro meses). Quarenta pacientes (63,5%) apresentaram alguma doença associada, sendo os problemas gastrointestinais os mais recorrentes (9,5%). A cura ocorreu em 93,7% dos casos.

Tabela 1 - Características clínicas dos casos de tuberculose que apresentaram efeitos adversos ao tratamento.

Variável	n	%
Forma Clínica		
Extrapulmonar	33	52,4
Pulmonar	30	47,6
Esquema Medicamentoso Inicial		
Básico	59	93,7
Diferenciado	4	6,3
Condições de Saúde Associadas		
Gastrointestinais	6	9,5
Hipertensão Arterial	4	6,3
Renal Crônico	4	6,3
Diabetes <i>mellitus</i> (DM) + Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	3	4,8
Hipotireoidismo	3	4,8
Problemas cardíacos	2	3,2
Artrose	2	3,2
DPOC	2	3,2
Doença de Crohn	2	3,2
Drogadição	2	3,2
Depressão	2	3,2
Reumatismo	2	3,2
Diabetes <i>mellitus</i>	1	1,6
Hepatite C	1	1,6
Osteomielite	1	1,6
Cirrose	1	1,6
Lúpus	1	1,6
Câncer	1	1,6
Nenhuma	23	36,5
Encerramento		
Cura	59	93,7
Abandono	1	1,6
Outros	3	4,8

Na Tabela 2, a seguir, podem ser visualizados que os efeitos adversos tiveram duração de duas semanas a menos de um mês em 77,8% dos casos. A irritação gástrica (22,0%) foi

o efeito mais frequente, seguido por prurido cutâneo (17,4%). A conduta mais frequente frente aos efeitos adversos foi a prescrição de antiemético (26,5%).

Tabela 2 - Distribuição dos efeitos adversos, segundo duração, tipo de reação e conduta clínica.

Variáveis	n	%
Efeitos Adversos		
Irritação gástrica	29	22,0
Prurido cutâneo	23	17,4
Dor articular	12	9,1
Muscular (mialgia) e câimbras	12	9,1
Epigastralgia e dor abdominal	11	8,3
Exantema/ rash cutâneo	11	8,3
Vertigem	8	6,1
Edema	7	5,3
Alterações comportamentais*	5	3,8
Neuropatia periférica	3	2,3
Cefaleia	3	2,3
Manifestações bucais (lesões na mucosa oral, dormência)	2	1,5
Alteração renal	2	1,5
Hepatotoxicidade	1	0,8
Perturbação visual	1	0,8
Alopecia	1	0,8
Anafilaxia	1	0,8
Duração		
Até 1 semana	5	3,8
De 2 semanas a 1 mês	30	22,7
Mais de 1 mês	97	73,5
Conduta Médica		
Prescrição de antiemético (para epigastralgia)	35	26,5
Orientações gerais	22	16,7
Prescrição de anti-histamínico	20	15,2
Prescrição de vitamina B	11	8,3
Reintroduzir um a um ou ingerir separadamente	11	8,3
Suspender rifampicina	10	7,6
Orientações alimentares/hídricas	5	3,8
Uso de antibióticos e medicamentos para restauração da flora intestinal	4	3,0
Prescrição de analgésico/anti-inflamatório	4	3,0
Suspender medicação por poucos dias	3	2,3
Reformular horário da administração da medicação	2	1,5
Prescrição de sulfato ferroso	2	1,5
Redução da concentração da medicação	2	1,5
Suspender etambutol	1	0,8

*Insônia, ansiedade, diminuição da libido, euforia, angústia, descontrole emocional, irritabilidade e sonolência.

A análise da associação entre os efeitos adversos com desfechos clínicos evidenciou dependência entre o manejo clínico e os efeitos adversos ($p = 0,009$), conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos efeitos adversos, segundo variáveis clínicas e desfecho.

Variáveis Clínicas e Desfecho	Efeitos Adversos														Total	p-va- lor*
	Irritação Gástrica		Prurido pele		Dor arti- cular		Edema		Dor Epigástrica		Exantema		Outras			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Encerramento																
Cura	27	20,5	21	15,9	12	9,1	7	5,3	10	7,6	9	6,8	37	28,0	123	0,69
Abandono	1	0,8	1	0,8	-	-	-	-	-	-	1	0,8	-	-		
Outros	1	0,8	1	0,8	-	-	-	-	1	0,8	1	0,8	2	1,5	6	
Mês de início dos efeitos adversos																
Até terceiro mês	23	17,4	21	15,9	10	7,6	6	4,6	8	6,1	8	6,1	35	26,5	111	0,83
Após três meses	6	4,6	2	1,52	2	1,5	1	0,8	3	2,3	3	2,3	4	3,0	21	
Duração dos efeitos adversos																
Até uma semana	2	1,52	3	2,3	-	-	-	-	1	0,8	1	0,8	3	2,27	10	0,36
De duas semanas a um mês	23	17,4	15	11,4	8	6,1	6	4,6	9	6,8	7	5,3	25	18,9	93	
Mais de um mês	3	2,3	5	3,8	3	2,3	-	-	-	-	3	2,3	7	5,31	21	
Sem registro	1	0,8	-	-	1	0,8	1	0,8	1	0,8	-	-	4	3,03	8	
Esquema Medicamentoso																
Básico	28	21,2	21	15,9	12	9,1	6	4,6	10	7,6	10	7,6	35	26,5	122	0,67
Diferenciado	1	0,8	2	1,52	-	-	1	0,8	01	0,8	1	0,8	4	3,03	10	
Classificação dos efeitos adversos																
Menores	24	18,2	14	10,6	12	9,1	6	4,6	10	7,6	6	4,6	27	20,5	99	0,09
Maiores	5	3,8	9	6,8	-	-	1	0,8	1	0,8	5	3,8	12	9,1	33	
Duração do Tratamento																
Menos 6 meses	1	0,8	-	-	-	-	-	-	2	1,5	-	-	1	0,8	4	0,45
6 meses	21	15,9	11	8,3	10	7,6	5	3,8	6	4,6	4	3,0	26	19,7	83	
Mais 6 meses	7	5,3	12	9,1	-	-	1,5	2	1,5	3	2,3	7	5,3	12	9,1	
Conduta médica para efeitos adversos																
Antiemético	14	10,6	1	0,8	1	0,8	-	-	9	6,8	-	-	10	7,6	35	0,009
Orientações ge- rais	4	3,0	2	1,5	3	2,3	4	3,0	1	0,8	1	0,8	7	5,3	22	
Anti-histamínico	1	0,8	12	9,1	-	-	1	0,8	-	-	6	4,6	-	-	20	
Vitamina B	-	-	-	-	4	3,0	-	-	-	-	-	-	7	5,3	11	
Uma a uma ou se- parada**	3	2,3	3	2,3	-	-	1	0,8	-	-	2	1,5	2	1,5	11	
Suspender rifam- picina	-	-	4	3,0	-	-	1	0,8	-	-	2	1,5	3	2,3	10	
Orientação ali- mentar	4	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	5	
Antibióticos / medicamentos para flora intes- tinal	1	0,8	-	-	1	0,8	-	-	-	-	-	-	2	1,5	4	
Analgésico/anti- -inflamatório	-	-	-	-	1	0,8	-	-	1	0,8	-	-	2	1,5	4	
Suspender e reto- mar***	-	-	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,5	3	
Reformular horá- rio	2	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Sulfato ferroso	-	-	-	-	2	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Reduzir concen- tração	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,5	2	
Suspender etam- butol	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	1	

Doenças Associadas/Comorbidades																
Nenhuma	12	9,1	7	5,3	6	4,6	3	2,3	5	3,8	2	1,5	15	11,4	50	0,11
Gastrointestinal	4	3,0	2	1,5	2	1,5	1	0,8	1	0,8	1	0,8	4	3,0	15	
Hipertensão	3	2,3	1	0,8	-	-	1	0,8	-	-	1	0,8	4	3,0	10	
Renal crônico	2	1,5	1	0,8	-	-	1	0,8	1	0,8	-	-	3	2,3	8	
DM [#] e HAS ^{##}	1	0,8	2	1,5	-	-	-	-	-	-	2	1,5	1	0,8	6	
Cardiopatias	1	0,8	1	0,8	1	0,8	-	-	-	-	1	0,8	2	1,5	6	
Drogadição	-	-	1	0,8	-	-	-	-	1	0,8	-	-	2	1,5	4	
Reumatismo	-	-	2	1,5	-	-	1	0,8	-	-	1	0,8	-	-	4	
DM	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,5	3	
Hepatite C	-	-	1	0,8	1	0,8	-	-	1	0,8	-	-	-	-	3	
Hipotireoidismo	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,5	3	
Artrose	2	1,5	-	-	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
DPOC	-	-	1	0,8	-	-	-	-	1	0,8	1	0,8	-	-	3	
Doença de Crohn	-	-	1	0,8	1	0,8	-	-	-	-	1	0,8	-	-	3	
Depressão	2	1,5	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
Osteomielite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,5	2	
Cirrose	-	-	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	2	
Lúpus	-	-	1	0,8	-	-	-	-	-	-	1	0,8	-	-	2	
Câncer	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	-	-	1	0,8	2	

***Teste** qui-quadrado com correção do teste de Monte Carlo. **Suspender medicamento e inserir novamente uma a uma ou separadamente. ***Suspender medicamento por um pequeno período e retomar o mesmo medicamento em seguida. #Diabetes Mellitus (DM). ##Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

DISCUSSÃO

Embora as medicações utilizadas no tratamento da tuberculose atuem de forma eficiente no combate ao bacilo, os clientes em tratamento podem apresentar efeitos adversos¹². No Brasil, a incidência de efeitos adversos nos casos em tratamento à base de rifampicina, isoniazida e pirazinamida variam de 5 a 20% para efeitos menores e 2 a 8% para efeitos maiores⁹.

Mesmo que não estejam presentes em todos os casos, os efeitos adversos precisam ser considerados e avaliados durante o tratamento da tuberculose, uma vez que representam um dos principais motivos de interrupção e, em muitos casos, de abandono do tratamento¹⁵.

Os resultados deste estudo evidenciaram que mais da metade dos casos de tuberculose apresentaram efeitos adversos às medicações. Em contrapartida, estudo realizado em Portugal verificou a incidência de efeitos adversos em 12,5% dos casos¹⁶.

Na China, estudo demonstrou que os casos com efeitos

adversos no início do tratamento, tiveram maior chance de encerrar a fase intensiva do tratamento com o exame de escarro positivo¹⁷. Todavia, no estudo atual, 93,7% dos casos foram curados.

Estudo realizado na Clínica da Família Rinaldo de Lamare, na Rocinha (RJ), sobre estratégias educativas com pacientes com tuberculose e seus familiares evidenciou que o baixo conhecimento dos pacientes e seus familiares sobre a doença e o seu tratamento podem favorecer o abandono do tratamento¹⁶, sendo necessário que os profissionais das unidades de APS realizem ações educativas já na primeira consulta, com informações sobre a doença e o tratamento, incluindo a possibilidade de ocorrência dos efeitos adversos, a fim de favorecer a adesão ao tratamento. No entanto, essa abordagem exige preparo dos profissionais para que toda a equipe esteja integrada e articulada, para garantir o tratamento e acompanhamento adequados dos doentes de TB¹⁸⁻¹⁹.

As comorbidades também estão associadas a mortalidade por tuberculose, sendo o HIV e a DM as doenças mais

relacionadas ao óbito²⁰⁻²¹. Por esse motivo, foi realizado levantamento das comorbidades apresentadas pelos casos deste estudo, sendo mais frequentes os problemas gastrointestinais prévios. Esta informação deve ser levantada no início do tratamento, pois algumas doenças podem precisar de esquema medicamentoso diferenciado e, além disso, podem predispor à ocorrência de efeitos adversos mais intensos. No caso de hepatopatias prévias, por exemplo, a medicação utilizada pode agravar o quadro clínico⁸.

Neste estudo, a maioria dos casos foi tratada com o esquema medicamentoso básico, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. De acordo com a literatura, o sucesso do tratamento da tuberculose com encerramento de cura está muito associado ao uso da rifampicina durante o tratamento, por esta medicação estar menos associada a resultados negativos como falência do tratamento, mortalidade e recidiva da doença²².

Os efeitos adversos mais frequentes neste estudo foram classificados como menores, corroborando a literatura¹². Houve predomínio da irritação gástrica, ratificando resultados de estudo realizado na cidade de São Paulo, em 2008²³. Esses sintomas são frequentemente causados pela isoniazida, rifampicina e pirazinamida, sendo menos frequente com o uso do etambutol. Em geral, são mais leves e não exigem suspensão do tratamento. Embora, habitualmente seja indicada a tomada da medicação em jejum, nestas situações pode-se orientar o cliente a tomar a medicação duas horas após a ingestão da primeira alimentação, para reduzir os sintomas de irritação gástrica²⁴.

O prurido e *rash* cutâneo, também observados neste estudo, estão relacionados aos quatro fármacos e são, geralmente, efeitos mais leves, que podem ser sanados com anti-histamínicos. Todavia, efeitos mais graves podem ocorrer com menor frequência. Nesses casos, recomenda-se a suspensão do tratamento, com reintrodução dos fármacos um a um, com intervalos semanais, para identificar qual medicamento está causando a reação adversa²⁵.

A dor articular está frequentemente relacionada a pirazinamida e, eventualmente, ao etambutol, devido à diminuição da excreção do ácido úrico pelos rins. Na maioria dos casos, este problema é resolvido por meio da utilização de anti-inflamatórios não hormonais²⁵.

O uso da isoniazida pode causar dor neuropatia periférica, sendo mais frequente na presença de comorbidades como DM, alcoolismo e insuficiência renal. Esta reação pode ser reduzida com o uso de piridoxina²⁴. Neste estudo foram encontradas três ocorrências de neuropatia periférica, sendo que um caso apresentava DM e os outros dois, problemas gastrointestinais.

A cefaleia está mais associada a isoniazida, rifampicina e etambutol²². Neste estudo, na maioria dos casos, o manejo foi a orientação e, em casos mais intensos, o uso de analgésicos.

Os efeitos agrupados em comportamentais (insônia, ansiedade, diminuição da libido, euforia, angústia, descontrole emocional e sonolência) foram apresentados por 3,8% dos casos. Estes efeitos apresentam estreita relação com a isoniazida, sendo encontrado na literatura relatos sobre tentativa de suicídio relacionada ao uso deste medicamento^{24,26}.

Outra reação importante encontrada neste estudo foi a perturbação visual, cientificamente conhecida como neurite retrobulbar, que ocorre quando fibras dos nervos centrais são prejudicadas e causam sintomas visuais como borrões e escotomas, entre outros. Esse efeito colateral está relacionado a algumas doses do etambutol, sendo recomendada a substituição imediata do medicamento, para reversão do quadro clínico²⁴.

Os principais manejos clínicos observados neste estudo foram a prescrição de antiemético, orientações alimentares e reformular horário da administração das medicações.

Habitualmente os efeitos adversos iniciam-se nos três primeiros meses do tratamento¹⁰, conforme observado neste estudo. Estudo realizado em Buenos Aires, na Argentina, apontou a alteração da enzima do fígado (Transaminase Glutâmica Pirúvica - TGP) como reação adversa mais prevalente, ocorrida no primeiro mês de tratamento²⁶.

A maior parte dos efeitos adversos observados neste estudo duraram, em média, um mês, não sendo encontrado na literatura relatos sobre a duração destas. No entanto, destaca-se que a presença destes efeitos está relacionada ao aumento do tempo de tratamento da tuberculose, preconizado em seis meses para os casos novos de todas as formas da doença (pulmonar e extrapulmonar), exceto em meningoencefalite tuberculosa¹².

Neste estudo, um terço dos casos teve o tratamento prolongado, evidenciando que os efeitos adversos contribuem com o aumento do tempo de tratamento, devido a interrupções para readequação de dose ou medicamento e hospitalizações. Este fato é preocupante, pois quanto maior a duração, menor é a adesão ao tratamento, que pode culminar com abandono²⁷. Assim, torna-se importante e necessária a realização de ações de educação permanente dos profissionais da saúde, a fim de identificar os efeitos adversos com agilidade, garantir a adesão ao tratamento e a cura da doença¹¹⁸⁻¹⁹.

Fatores como o consumo de álcool e drogas ilícitas, associado às medicações antituberculose, aumentam os riscos de intolerância medicamentosa, potencializando a ocorrência de efeitos adversos²⁸⁻²⁹. Neste estudo, apenas dois casos apresentaram drogadição durante o tratamento, porém am-

bos encerraram o tratamento apresentando alta por cura. O caso de abandono do tratamento registrado não relatou uso de drogas ou álcool.

Outro aspecto que pode potencializar a ocorrência de efeitos adversos relacionados a medicamentos é a presença de comorbidades, sendo importante sua identificação antes do início do tratamento, para avaliar a necessidade de adequação do esquema medicamentoso, evitando-se efeitos adversos intensos²⁵. Além das doenças preexistentes, é importante verificar quais medicações o cliente faz uso, para identificar possíveis interações medicamentosas, reduzindo risco de efeitos adversos e toxicidade³⁰.

Enquanto aguardamos por medicamentos potencialmente eficazes, em um tempo mais curto de tratamento e com menores riscos de efeitos adversos, é fundamental que os profissionais da saúde, especialmente a equipe de Enfermagem que tem acompanhamento efetivo dos casos na APS, façam o registro adequado dos efeitos adversos relacionados no prontuário, contribuindo para o manejo destes doentes. Além disso, identificar doenças associadas preexistentes e uso de outras medicações pelo doente pode auxiliar na orientação para controle ou prevenção dos efeitos adversos e agilizar a conduta adequada, favorecendo o tratamento e aumentando a probabilidade de cura da doença.

Limitações do Estudo

A principal limitação do estudo foi a falta de registro de informações na ficha de notificação da tuberculose e nos prontuários, comprometendo o aprofundamento da análise sobre a temática. A amostra de doentes de um único município representa outra limitação e ressalta a necessidade de ampliação de pesquisas científicas sobre as reações adversas a medicamentos, envolvendo casos de diferentes regiões do país, a fim de garantir a identificação e o entendimento de di-

ferenças étnico-culturais.

Contribuições para a Prática

O estudo é importante para a prática dos profissionais da saúde envolvidos no tratamento e controle da tuberculose. Ao refletir sobre a ocorrência de efeitos adversos relacionados a medicamentos no tratamento, sua associação com variáveis clínicas e desfecho, o estudo contribui com o conhecimento acerca desta problemática, evidenciando a importância da identificação precoce de sinais e sintomas pelos profissionais responsáveis pelo acompanhamento do doente durante o tratamento da doença, especialmente os profissionais de Enfermagem. Ao trazer estas reflexões, favorece a implementação de manejos que reduzam as queixas e favoreçam a adesão ao tratamento e à cura da doença.

CONCLUSÃO

O estudo analisou as ocorrências de efeitos adversos relacionados a medicamentos no tratamento de tuberculose e sua associação com variáveis clínicas e desfecho, sendo mais comuns os efeitos menores, como irritação gástrica, prurido e dor articular. Embora menos frequentes, foram observados efeitos maiores, como neuropatia periférica, alteração renal e hepatotoxicidade, evidenciando que é importante que os profissionais da saúde estejam atentos aos sinais e sintomas relacionados aos efeitos adversos relacionados a medicamentos, implementando manejos necessários para neutralizar ou diminuir as queixas, visando maior adesão ao tratamento e aumento da cura da doença.

Contribuições dos autores: LSG e CEG participaram da concepção e delineamento do estudo, redação e revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito. LGL, MAB, JFO, FRGXN participaram da revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Pereira AA, Pereira CM, Silva FO, Rodrigues ILA, Boulhosa MF, Távora MM. Gestão e gerenciamento dos níveis hierárquicos do programa nacional de controle da tuberculose. *IJHE [Internet]*. 2016 [cited 2018 Jan 23];1(1):68-71. Available from: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/ijhe.2016.002>.
2. Santos NSGM, Santos MLSG, Vendramini SHF, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Chiaravalloti Neto F et al. Tuberculose e análise espacial: revisão da literatura. *Cienc Enferm. [Internet]*. 2014 [citado 20 dez. 2019];20(2):117-129. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200012>.
3. Quintero MCF, Vendramini SHF, Santos MLS, Santos MR, Gazetta CE, Lourenção LG. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. *Rev. salud pública [Internet]*. 2018 [citado 20 dez. 2019];20(1):103-109. Available from: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.64177>.
4. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf.
5. Linhares SRS, Paz EPA. Tratamento da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família: olhar dos profissionais. *Enferm. Foco [Internet]*. 2019 [citado 10 mar. 2020]; 10(5): 179-184. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n5.2407>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. *Bol Epidemiol [Internet]*. 2015 [cited 2018 Jan 23];46(9):1-19. Available from: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>.

7. Santos MBF, Lourenção LG, Baptista MA, Gazetta CE. Perfil da população notificada por tuberculose em um hospital escola do interior paulista de 2010 a 2014. *Enferm. Brasil*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 10]; 17(1):18-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v17i1.1230>.
8. Ministério da Saúde (BR). Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf.
9. Ferreira GAC, Junior JLRS, Conde MB, Rabahi MF. Clinical treatment outcomes of tuberculosis treated with the basic regimen recommended by the Brazilian National Ministry of Health using fixed-dose combination tablets in the greater metropolitan area of Goiânia, Brazil. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 23]; 39(1):76-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132013000100011>.
10. Nogueira AF, Facchinetti V, Souza MVN, Vasconcelos TRA. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. *Rev Bras Farm*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 23]; 93(1):3-9. Available from: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-1.pdf>.
11. Maciel ELN, Guidoni LM, Favero, JL, Hadad DJ, Molino LP, Jonhson JL, et al. Adverse effects of the new tuberculosis treatment regimen recommended by the Brazilian National Ministry of Health. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 23]; 36(2):232-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000200012>.
12. Resende LSO, Santos-Neto ET. Risk factors associated with adverse reactions to antituberculosis drugs. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 23]; 41(1):77-89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000100010>.
13. Mouton JP, Njuguna C, Kramer N, Stewart A, Mehta U, Blockman M, et al. Adverse drug reactions causing admission to medical wards. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 23]; 95(19):e3437. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27175644>.
14. Chunpongthong P, KoKo ZZW, Yeekian C, Luvira V, Pitisuttithum P. Outcomes of Antituberculosis Treatments at 18 Months Follow-Up in TB-HIV Co-Infected Patients on ART: A Retrospective Review of 166 Cases. *J Med Assoc Thai*. [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 23]; 94(6):664-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21696073>.
15. Rocha DS, Adorno, RCF. Drop outs/ordis continuity of the treatment of tuberculosis in Rio Branco, Acre. *Saúde Soc*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 23]; 21(1):232-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100022>.
16. Oliveira LMPO. Estratégias educativas para a redução do abandono do tratamento da tuberculose em ambiente não formal de ensino. [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2017. [cited 2020 Apr 26]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/26657/2/lucia_oliveira_ioc_dout_2017.pdf.
17. Lv X, Tang S, Xia Y, Wang X, Yuan Y, Hu D, et al. Adverse Reactions Due to directly observed treatment strategy therapy in Chinese tuberculosis patients: a prospective study. *PLOS One*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 23]; 8(6):e65037. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065037>.
18. Melo LSO, Oliveira EM, Ximenes Neto FRG, Viana LS, Prado FA, Costa JBC. Passos e descompassos no processo de cuidado aos portadores de tuberculose na atenção primária. *Enferm. Foco* [Internet]. 2020 [citado 10 mar. 2020]; 11(2): no prelo.
19. Bertoque AC, Sasaki NSGMS, Santos MLSG, Machado CS, Pancote CG, Lourenção LG. Vulnerabilidade de estudantes de Medicina relacionada ao conhecimento sobre tuberculose. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [citado 10 mar. 2020]; 10(6): 149-156. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.3016>.
20. Medina A, López L, Martínez C, Aguirre S, Alarcón E. Factores asociados a la mortalidad por tuberculosis en Paraguay, 2015-2016. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 26]; 43:e102. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.102>.
21. Silva DR, Muñoz-Torrico M, Duarte R, Galvão T, Bonini EH, Arbex FF et al. Risk factors for tuberculosis: diabetes, smoking, alcohol use, and the use of other drugs. *J. bras. pneumol*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 26]; 44(2):145-152. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000200145&lng=en.
22. Orofino RL, Brasil PEA, Trajman A, Schmaltz CAS, Dalcomo M, Rolla VC. Predictors of tuberculosis treatment outcomes. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 23]; 38(1):88-97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000100013>.
23. Vieira DEO, Gomes M. Efeitos adversos no tratamento da tuberculose: experiência em serviço ambulatorial de um hospital-escola na cidade de São Paulo. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2008 [cited 2018 Nov 22]; 34(12):1049-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001200010>.
24. Arbex MA, Varella MCL, Siqueira HR, Mello FAF. Antituberculosis drugs: Drug interactions, adverse effects, and use in special situations. Part 1: First-line drugs. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 23]; 36(5):626-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000500016>.
25. Conde MB, Melo FAF, Marques AMC, Cardoso NC, Pinheiro VGF, Dalcin PRT, et al. III Brazilian Thoracic Association Guidelines on Tuberculosis. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2009 [cited 2018 Jan 23]; 35(10):1018-48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009001000011>.
26. Procópio, MJ. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino serviço. 7 ed. Rio de Janeiro: ENSP; 2014.
27. Sivaraj R, Umarani S, Parasuraman S, Muralidhar P. Author's reply. *Perspect Clin Res* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 23]; 5:141-2. Available from: <http://www.piconline.org/text.asp?2014/5/3/141/134327>.
28. Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Determinant factors for tuberculosis treatment dropout: representations of patients at a public hospital. *Saúde Debate*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 23]; 38(102):572-81. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140053>.
29. Justo MT, Lourenção LGL, Sasaki NSGMS, Vendramini SHF, Souza NG, Santos MLSG. Associação entre tuberculose e consumo de drogas lícitas e ilícitas. *Enferm. Brasil*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 10]; 17(5):460-470. Available from: <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1313/4131>.
30. Miranda SS. Tratamento da tuberculose em situações especiais. *Pulmão RJ*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 23]; 1(1):68-71. Available from: http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2012/n_01/16.pdf.

AUTORELATO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO SEU COTIDIANO COM A DIABETES MELLITUS: ESTUDO NARRATIVO

Kananda Karla Andrade Freitas¹
Pâmella Uaqui Alvino dos Santos¹
Manuela Costa Melo¹
Ana Socorro de Moura²
Lara Mabelle Milfont Boeckmann³
Luz Marina Alfonso Dutra⁴

<https://orcid.org/0000-0002-4256-7019>
<https://orcid.org/0000-0002-8863-2920>
<https://orcid.org/0000-0002-2018-1801>
<https://orcid.org/0000-0001-8297-4156>
<https://orcid.org/0000-0002-1213-559X>
<https://orcid.org/0000-0002-5154-8901>

Objetivo: Compreender o cotidiano de crianças e adolescentes com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1. **Método:** Estudo exploratório com abordagem qualitativa. Para a coleta dos dados, desenvolveu-se entrevista semiestruturada realizada com 16 crianças e adolescentes atendidas, novembro de 2017 a fevereiro de 2018. As informações coletadas foram analisadas por meio do método de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Categorizados em quatro temáticas: significância do diabetes mellitus para as crianças e os adolescentes, sentimento relacionado às mudanças ocasionadas pelo diabetes mellitus, aspectos relacionados aos hábitos de vida e alterações significativas para a vida. **Conclusões:** Diabetes mellitus tipo 1 gera mudanças no contexto familiar, social e no estilo de vida e, com isso, há grande impacto psicológico à criança e ao adolescente. Por isso, é importante que o profissional de enfermagem possa identificar os desdobramentos desta patologia em crianças e adolescentes e se mostre parte da rede de apoio para eles.

Descritores: criança; adolescente; cuidados de enfermagem; diabetes mellitus; educação em saúde.

SELF-REPORT OF CHILD AND ADOLESCENT IN HIS DAILY LIFE WITH DIABETES MELLITUS: NARRATIVE STUDY

Objective: To understand the daily life of children and adolescents diagnosed with type 1 diabetes mellitus. **Methods:** Exploratory study with a qualitative approach. For data collection, a semi-structured interview was conducted with 16 children and adolescents. The information collected was analyzed using the Bardin Content Analysis Method. **Results:** There were four themes: significance of diabetes mellitus for children and adolescents, feeling related to changes caused by diabetes mellitus, aspects related to life habits and significant changes in life. **Conclusions:** That type 1 diabetes mellitus generates changes in the family, social and lifestyle context and, with this, there is a considerable psychological impact on the child and the adolescent. Therefore, it is important that the nursing professional can identify the consequences of this pathology in children and adolescents and be part of the support network for them.

Descriptors: child; adolescent; nursing care; diabetes mellitus; health education.

AUTOINFORME DEL NIÑO Y ADOLESCENTE EN SU VIDA DIARIA CON DIABETES MELLITUS: ESTUDIO NARRATIVO

Objetivo: Compreender la vida diaria de niños y adolescentes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 1. **Métodos:** Estudio exploratorio con abordaje cualitativo. Para la recolección de los datos, se desarrolló una entrevista semiestruturada realizada con 16 niños y adolescentes. La información recopilada se analizó mediante el Método de Análisis de Contenido de Bardin. **Resultados:** Clasificaron en cuatro temáticas: significancia de la diabetes mellitus para los niños y adolescentes, sentimiento relacionado con los cambios ocasionados por la diabetes mellitus, aspectos relacionados con los hábitos de vida y cambios significativos para la vida. **Conclusiones:** La diabetes mellitus tipo 1 genera cambios en el contexto familiar, social y en el estilo de vida y, con ello, hay gran impacto psicológico al niño y al adolescente. Por eso, es importante que el profesional de enfermería pueda identificar los desdoblamientos de esta patología en niños y adolescentes y se muestre parte de la red de apoyo para ellos.

Descriptores: niño; adolescente; cuidados de enfermeira; diabetes mellitus; educación en salud.

¹Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF.

²Escola Técnica de Saúde de Brasília, Brasília, DF.

³Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, DF.

⁴Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF.

Autor Correspondente: Manuela Costa Melo Email: melomanuela91@gmail.com

INTRODUÇÃO

O diabetes tipo 1 é um distúrbio metabólico imunomediado, causado pela destruição progressiva das células pancreáticas que produzem insulina, o qual leva à deficiência desse hormônio, resultando em dependência de insulina exógena. Representa 90% dos casos de diabetes em crianças menores de 15 anos. Acredita-se que os fatores genéticos são responsáveis por 70 a 75% da susceptibilidade ao diabetes tipo 1, havendo, também, influência de fatores ambientais, que podem iniciar ou estimular o processo de destruição das células pancreáticas¹.

De acordo com a organização *International Diabetes Federation* (IDF), o tipo 1 representa a maioria dos casos de diabetes em crianças e adolescentes, sendo estimado 96.000 diagnósticos novos por ano globalmente em crianças menores de 15 anos, e mais de 132.600 casos quando aumenta-se a idade para até 20 anos de idade. Os dados de 2017 evidenciam que, dentre os 10 países com maior número de casos de diabetes tipo 1 em crianças e adolescentes menores de 20 anos, o Brasil está em terceiro lugar, com 88.300 casos, precedido apenas pelos Estados Unidos, com 169.900, e Índia, com 128.500 casos².

Como o diabetes tipo 1 é uma doença crônica que afeta crianças e adolescentes, suas repercussões provocam grande impacto psicológico por se tratar de uma doença complexa e invasiva, que causa mudanças cotidianas ao exigir nova dieta, prática de atividade física regular, controle glicêmico e terapia medicamentosa com insulina. Além disso, são indivíduos que apresentam maior demanda de cuidado quando comparados com os que não possuem a doença, provocando repercussões sociais, no que se refere ao relacionamento com a família e os amigos, e o apoio desses influencia diretamente no automanejo³⁻⁴.

Diante disso, este estudo justifica-se pelo fato da criança e adolescente requererem apoio, familiar e profissional, no monitoramento da diabetes, controle da glicemia, alimentação, prática atividade física e apoio emocional⁽⁵⁾. Todavia, a assistência de enfermagem deve relacionar-se com a criança ou o adolescente com a patologia, considerando os aspectos a partir do diagnóstico, que priorizam a relação entre os contextos biológicos (deterioração das células beta-pancreáticas e consequente deficiência de insulina), psicológicos e sociais (mudanças na rotina e no relacionamento interpessoal) da saúde³.

Sendo assim, a seguinte questão norteou este estudo: como é o cotidiano da criança e do adolescente com diabetes *mellitus*? E assim, foi traçado como objetivo compreender o cotidiano de crianças e adolescentes com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1.

MÉTODO

Para compreender as alterações cotidianas advindas do diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1, autorelatada pelas crianças e adolescentes, desenvolveu-se este estudo descritivo-exploratório que segue abordagem na investigação qualitativa⁶, tendo a técnica da narrativa como referencial metodológico⁷. Estudo realizado no período entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018.

O estudo teve como participantes crianças e adolescentes de 6 a 17 anos completos com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* tipo 1 atendidas no Centro de Saúde Especializado em diabetes, obesidade e hipertensão do Distrito Federal. Esse Centro de Saúde é vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e pertencente à Coordenação da Regional Centro Norte de Saúde. Neste Centro, atendem em média, 150 crianças e adolescentes por mês. O atendimento realizado oferece apoio multiprofissional.

A seleção de participantes foi de maneira intencional, buscou-se crianças e adolescentes que já fossem capazes de discorrer sobre a doença. Piaget definiu quatro estágios do desenvolvimento: sensório-motor, até os dois anos; pré-operatório, dos 2 aos 7 anos de idade; operatório concreto, dos 7 aos 11 anos de idade; operatório formal: dos 12 aos 15 anos de idade⁽⁸⁾. No estágio operatório concreto é que se inicia o processo de raciocínio lógico e sistemático, por isso, seguiu-se os critérios de inclusão: crianças entre 7 e 11 anos e adolescentes, de 12 a 17 anos, pelas repercussões na saúde física e mental⁽⁸⁻⁹⁾. Os critérios de exclusão, por sua vez, foram crianças e adolescentes atendidas no referido centro de atendimento com outra patologia que não seja diabetes *mellitus* tipo 1.

Foi utilizado instrumento com roteiro semiestruturado para realização da coleta de dados, criado exclusivamente para este estudo, e anotações no diário de campo. O instrumento foi composto por duas partes, a primeira, com questionamentos acerca dos hábitos diários e das mudanças na rotina e nas relações interpessoais depois do diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1, e informações a respeito características pessoais (idade, sexo e turno escolar, dados familiares, entre outros); e a segunda parte, para a obtenção dos depoimentos, realização das entrevistas individuais.

Para a obtenção dos depoimentos, os pesquisadores conduziram a entrevista com a técnica narrativa, no intuito de explorar as verbalizações e aprofundar a compreensão da temática abordada, sendo assim, realizado o questionamento: Você percebeu alguma mudança na sua vida após o diagnóstico de diabetes? Cada entrevista durou, em média, de 10 a 15 minutos, realizada em espaço reservado, com a presença apenas das duas pesquisadoras, a criança e/ou

adolescente e o familiar.

Faz-se necessário salientar que as entrevistas e as anotações no diário de campo foram conduzidas por duas pesquisadoras acadêmicas em enfermagem, bolsistas no Programa de Iniciação Científica, da Escola Superior em Ciências da Saúde, instituição de ensino pública do Distrito Federal, orientada por pesquisadoras com experiência na investigação qualitativa. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Para o desenvolvimento deste estudo, as duas acadêmicas receberam orientação para atuação com os entrevistados. Essa orientação foi organizada em dois encontros. Nos encontros foram abordados sobre a maneira de como realizar o acolhimento, e a condução da entrevista com as crianças, os adolescentes e a família, como também a relevância das anotações no diário de campo para esta atividade.

Os participantes e seus respectivos familiares foram abordados no dia marcado da consulta no Centro de Saúde. Nessa abordagem eram informados sobre os detalhes da pesquisa a ser realizada, tais como os objetivos e quem iria conduzir. Para facilitar esse contato, inicialmente, as pesquisadoras interagiram com os profissionais de saúde com intuito de conhecer a realidade e rotina das atividades interprofissionais realizadas.

Os depoimentos foram registrados por meio de gravador digital, sendo transcritos em seguida, e finalizada a transcrição, foram incluídas, entre parênteses, informações complementares do diário de campo. Em seguida, realizadas leituras consecutivas com recortes do conteúdo do texto e, ainda, a estruturação das informações colhidas.

Os depoimentos foram organizados e compreendidos por meio da Análise de Conteúdo, categoria Temática¹⁰. Existem três fases para a técnica de análise de conteúdo, são essas: pré-análise, período em que são organizados os documentos e preparado todo o material para a análise do conteúdo; exploração do material, na qual os dados são codificados a partir das unidades de registro; tratamento dos resultados, interpretação e inferências.

Para manter o rigor no estudo, foi utilizada como ferramenta de apoio a lista de Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa (COREQ), constituída por 32 itens de verificação com relação à equipe de pesquisa, ao desenho do estudo e à análise dos dados¹¹.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, protocolo nº 2.166.881 e CAAE 68842817.6.0000.5553. Participaram indivíduos que tiveram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) assinados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais assinados pelo representante legal, livre de vícios, dependência,

subordinação ou intimidação. Para garantir o anonimato, os participantes foram designados com a letra P, que significa Participante, e um número sequencial de 1 a 16, de acordo com o número de ordem das entrevistas.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Foram entrevistados 16 crianças e adolescentes, todos com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* tipo 1. Sendo 12 do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Dos 16 entrevistados, cinco possuem entre 9 e 12 anos e 11 adolescentes, entre 13 e 17 anos. Com relação a idade no qual a doença foi diagnosticada, cinco informaram entre 1 e 7 anos, e 11 entre 8 e 13 anos. Todos matriculados em instituições de ensino.

Análise Interpretativa

Temática 1 - Significância do diabetes *mellitus* para as crianças e os adolescentes

Entende-se, como significância, neste estudo, o conceito e o entendimento da doença. O entendimento da mesma foi possível pelo agrupamento das subcategorias Fragilidade e Potencialidade. Para as crianças e adolescentes, Fragilidade aborda os aspectos desagradáveis em relação a definição da doença, pelas seguintes unidades significantes: incapacidade, desconhecimento, problema, limitante, inexplícito, distinção, insignificante, disfunção e indiferença:

"Eu entendo que é uma doença devido ao meu pâncreas parar de funcionar e não produzir mais insulina"; P1.

"Para mim, diabetes significa que eu não posso comer tudo, né? Tenho que ter cuidado com o que eu como"; P13.

A subcategoria Potencialidade expressa, a partir da interpretação acerca do acometimento da doença, a capacidade de resiliência da criança, explicitada pela unidade significativa aceitação:

"Para mim, ter diabetes significa que eu tenho que cuidar, né? Porque se eu cuidar eu posso ter uma vida boa"; P16.

Temática 2 - Sentimento relacionado às mudanças ocasionadas pelo diabetes *mellitus*

Sentimento, para o presente estudo, é definido pelas emoções despertadas nos participantes a partir das mudanças nos períodos pré e pós diagnóstico de diabetes. A compreensão dessa categoria se dá a partir das subcategorias Negativo e Positivo.

Percebe-se como Negativos os sentimentos que,

de alguma maneira, ocasionaram mudanças na forma de viver, demonstradas pelas seguintes unidades significantes: assustado, insegurança, medo, incerteza, prejudicial, tristeza, diferente, desagradável, irresponsabilidade, instabilidade, incômodo, negação, desespero, indisposição, vergonhoso e ansiedade:

“De vez em quando fico assustado [sentimento de quando afere a glicemia], principalmente quando a glicemia tá lá no quinhentos e nove, alta né, aí você fica assustado. [...]”; P1.

“Agora eu me sinto diferente, não fazendo as mesmas coisas que as pessoas normais costumam fazer. O ritmo delas de alimentação e entre essas coisas” [...]”; P5.

“Quando eu soube, foi tranquilo, mas para minha mãe foi muito pesado [...]”; P10.

Como Positivo, exprime-se os desdobramentos benéficos que as crianças e os adolescentes conseguem perceber em suas vidas, visto em tais unidades significantes: benefício, bem-estar, imutável, tranquilidade, igualdade, despreocupação, neutralidade, tolerância, controle, liberdade, segurança, hábito, familiaridade e felicidade.

“Acho tranquilo verificar a glicemia frequentemente, já me acostumei. [...] Agora que eu estou usando a bomba [método menos doloroso de aplicar a insulina] [...] estou me acostumando [...]”; P1.

“Não me sinto diferente das outras crianças, mas às vezes fico contente porque tenho que sair da sala na hora que a professora vai pegar o dever de casa para fazer medicação, aí eu aproveito [...]. Ao aferir a glicemia, me sinto seguro, porque aí eu sei como eu estou”; P7.

“Ah, agora é normal. Antes eu sentia dor quando aplicava [insulina]. Não me senti assustado, porque minha irmã tem. Aí pra mim foi normal também”; P14.

Temática 3 - Aspectos relacionados aos hábitos de vida

Hábitos de vida, de acordo com este estudo, são as atividades que constituem a rotina dos participantes relacionadas à maneira como se comportam no seu dia a dia. É constituída por Atividade Física e Alimentação, pois essas unidades significantes têm relação direta com o estilo de vida da pessoa.

Atividade Física, neste estudo, é explicada como a

prática de exercícios corporais que trazem benefícios a pessoa que os está realizando, abordada nas seguintes unidades significantes: desistência e vantagem:

“Eu fazia natação, mas parei”; P5.

“Todo dia eu desço pra baixo do meu prédio. Uma hora, jogo futebol”; P6.

“Eu comecei a praticar atividade física agora, tenho um personal, aí a gente faz de tudo um pouco [...] pedala, corre, e também faço educação física na escola”; P15.

Alimentação, neste estudo, é descrita como as fontes nutritivas de que o indivíduo utiliza para suprir suas necessidades básicas, tal como, salientando o controle da mesma devido ao diabetes. Nessa subcategoria, enquadram-se as unidades significantes agravo e restrição:

“Eu como de tudo e vou controlando [...] evito chocolate [...]”; P1.

“Como de tudo um pouco”; P6.

“Eu deixo de comer doces e coisas gordurosas por ter diabetes”; P9.

“Não deixo de comer nada por causa da diabetes”; P10.

Temática 4 - Alterações significativas para a vida

Alterações significativas, neste estudo, podem ser definidas como variações do que se reconhecia como rotina e como relações interpessoais antes do diagnóstico de diabetes. É constituída pelas subcategorias Familiar, Social e Rotina.

A subcategoria Familiar, neste estudo, está relacionada à preocupação e atuação da família no processo de reconhecimento das novas dinâmicas exigidas pelo diabetes. Tal subcategoria engloba as seguintes unidades significantes: suporte, invariável e preocupação, evidenciadas por:

“Depois do diagnóstico, meu pai e minha mãe ficaram mais preocupados comigo”; P3.

“De certa forma, o relacionamento com minha família mudou, sim. Ficaram bem mais atenciosos do que eram antes”; P5.

“Quem aplica a insulina em mim é a minha avó, às vezes eu aplico também, mas é mais ela, só aplico

quando não tem ninguém mesmo”; P13.

O termo, social, neste estudo, aborda a gregária, que diz respeito as relações interpessoais existentes no convívio que não com a família da criança ou do adolescente, sendo evidenciado pelas unidades significantes inclusão, igualdade, suporte, interesse, perda e constrangimento.

“Meus colegas não me tratam diferente. [...] Depois que eu sempre jogava bola, a gente jogava apostado e tomava refrigerante, essas coisas, agora não tem mais isso”; P1.

“[...] eu não conto para os meus amigos, só alguns que sabem, [...]”; P14.

“[...] meus colegas, eles são cuidadosos comigo, na hora de comer fora”; P15

Rotina, neste estudo, refere-se as atividades de costume das crianças e dos adolescentes, praticadas diariamente. Neste estudo, são abordadas as mudanças ocasionadas pelo diabetes, expressas nas seguintes unidades significantes: regulação, alteração e privilégio:

“Minha rotina mudou muito [depois do diagnóstico]. Ter que aplicar o remédio”; P5

“[...] tem que cuidar da alimentação certinho e tem que ficar medindo a insulina. De resto, tudo normal”; P14.

DISCUSSÃO

As narrativas obtidas inferem que o entendimento do diabetes *mellitus* não é um processo estático, e sim, está em contínua mudança e aprendizado, principalmente no cotidiano familiar, escolar e social de crianças e adolescentes. Nesse cotidiano, ocorrem mudanças de comportamento, surgem as limitações e responsabilidades, fatores que podem interferir no tratamento e adaptação da doença.

A temática, Significância do diabetes *mellitus* para as crianças e os adolescentes, possui o intuito de compreender o significado de diabetes *mellitus* na vida delas. Sendo assim, em estudo realizado com seis crianças com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1, encaminhadas pelo serviço de psicologia e da equipe médica do ambulatório de Pediatria foi identificado que as crianças compreendem o diabetes como uma doença que exige restrições e possui demandas, principalmente no que se refere à dietética e administração de insulina, o qual corrobora com o que foi encontrado nestas

narrativas¹².

Nesse contexto, o indivíduo com diabetes necessita de cuidados especiais por parte do próprio indivíduo, da família e do profissional de saúde que o acompanha, pois o cuidado não é apenas medicar, mas ajudá-lo a compreender a enfermidade e o tratamento como essa nova condição de vida¹³, são fatores que influenciam no controle metabólico¹⁴, pois a falta de conhecimento do indivíduo, sobre a sua doença, podem ocasionar consequências graves. E pelo fato do indivíduo frequentar o ambiente escolar, outros aspectos deverão ser observados.

O ambiente escolar, é muito significativo para as crianças e adolescentes, pois o relacionamento com os colegas são as primeiras relações sociais que elas participam. Neste estudo todos frequentam a escola. E sendo a diabetes, uma doença crônica, necessita que o ambiente escolar seja um local seguro¹⁵⁻¹⁶.

Por isso, faz-se necessário que os professores saibam atuar nos momentos de crise de hipoglicemia e hiperglicemia, como também ter a preocupação em acompanhar a alimentação adequada e favorecer atividades físicas regulares, estudos realizados apresentam que professores possuem dificuldade em identificar episódio de hipoglicemia, sendo assim, há necessidade de educação em saúde e treinamento em diabetes, por parte dos professores, de forma a capacitá-los para que possam providenciar o cuidado adequado à esta população e evitar ao máximo ausências em sala de aula¹⁵⁻¹⁷. A perda do ano letivo é uma preocupação constante, pelo fato das ausências seja por indisposição, ou internações hospitalares ou ainda as consultas frequentes aos especialistas, fatores que favorecem as perdas do conteúdo programático anual, o qual necessita que ocorra um apoio nas atividades escolares.

Sendo assim, na escola, deve possuir aparelho de monitorização da glicemia, acesso fácil aos contatos do serviço de saúde e da família, local adequado para armazenamento da insulina, e pessoal que conheça a manifestação clínica da doença e possua treinamento para aplicação da insulina em situações de emergência. A escola, dentro das normas pré-estabelecidas, deve haver flexibilidade e permitir às crianças ir ao banheiro, alimentar-se ou tomar líquidos livremente, mesmo fora dos horários estabelecidos¹⁸.

Na segunda temática, o Sentimento relacionado às mudanças, ocasionadas pelo diabetes *mellitus*, procura inferir as repercussões que o diabetes *mellitus* ocasionou nas crianças e nos adolescentes. O diabetes possui grande impacto nos aspectos socioemocionais, cognitivos e fisiológicos, fatores que causam dificuldades na adaptação à nova condição, podendo ser considerados risco na aquisição do

diabetes. Outro fator que dificulta a adaptação é o custo na manutenção, pois a alimentação saudável torna-se onerosa⁽¹⁹⁾.

Quando a enfermidade é descoberta pode-se haver relatos de sentimentos como tristeza, revolta, desespero, raiva, frustração, inconformismo, incerteza, dúvidas e medo, dados consistentes com as narrativas apresentadas neste estudo⁽¹²⁾. Diante do diagnóstico, as crianças e os adolescentes apresentam sentimentos negativos, e apresentam diferentes maneiras de administrá-los e lidarem com uma condição nova de vida e, portanto, desconhecida, sendo muitas vezes necessário o suporte emocional, dar ânimo e incentivar para o autocontrole da enfermidade⁽²⁰⁾. Contudo, apesar do impacto, no primeiro momento, as crianças e adolescentes inderiram aceitação da condição fisiopatológica, relatando não se sentirem diferentes das outras pessoas, entendendo-se como iguais aos outros.

A terceira temática, Aspectos relacionados aos hábitos de vida, visa entender às mudanças comportamentais ocasionadas pelo diabetes no cotidiano das crianças e dos adolescentes. É constituída pela categoria Atividade Física e Alimentação, pois essas unidades significantes têm relação direta com o estilo de vida do indivíduo com diabetes. Em relação à manutenção da atividade física, estudo revela que a prática está diretamente relacionada à preferência da criança e do adolescente⁽²¹⁾. Além disso, a escola possui papel fundamental na prática de exercícios físico regular, visto que a educação física faz parte da grade curricular do aluno.

Com relação à dietética, estudos apontam que as crianças e os adolescentes referem dificuldade devido as restrições, principalmente com relação aos doces, e que a proibição causa grande impacto no cotidiano delas, o qual desencadeia limitações à vida social da família, pois deixam de frequentar festas, devido à exposição às guloseimas que não podem ser ingeridas⁽¹²⁻²¹⁾. O qual se difere do encontrado nestas narrativas que, apesar de confirmarem as restrições alimentares, não se referem como sendo de grande impacto ou prejuízo para a vida.

A criança desde o início do diagnóstico de diabetes *mellitus* deverá iniciar o processo de adaptação a sua nova condição, e esse processo envolve a importância do controle diário da glicemia, aplicação da insulina, identificação das manifestações clínicas, orientações dietéticas, sendo a transferência de responsabilidades ocorra de maneira gradativa, com a possibilidade de aos 8 a 11 anos já serem capazes de realizar o controle do diabetes, evidentemente de maneira gradativa, dividindo a responsabilidades com seus familiares²².

A última temática, Alterações significativas para a vida,

possui a intenção de perceber o impacto que as mudanças derivadas do diabetes têm na vida das crianças e dos adolescentes. Estudos apontam a relevância do apoio da família, principalmente no que tange ao autocuidado, visto que são as pessoas mais próximas às crianças e aos adolescentes e nas quais elas mais se apoiam. Evidenciam a magnitude que possuem as mudanças na rotina da família, que estimulam e apoiam as adaptações da criança e do adolescente que enfrenta novas condições de vida⁽²¹⁾, assim, eles começam a ter independência e segurança ao vivenciar situações na ausência dos pais, como na escola ou festas.

Portanto, o conjunto das narrativas deste estudo mostrou o cotidiano de crianças e adolescentes com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1, e que eles enfrentam dificuldades durante o seguimento terapêutico farmacológica e não farmacológica, o qual faz-se necessário apoio familiar e multiprofissional, com planejamento das intervenções propostas para o controle da doença.

Diante do apresentado, faz-se necessário que todos, crianças, adolescentes e familiares, sejam acompanhados por abordagem psicológica e multidisciplinar. O atendimento psicológico visa minimizar o sofrimento percebido e provocado pela experiência do adoecimento⁽²⁰⁾. O atendimento multidisciplinar busca melhor controle clínico, prevenção de complicações a longo prazo, proporciona educação em saúde o qual facilita o processo de adaptação de acordo com a realidade, as experiências e conhecimento de cada um sobre a doença⁽¹⁷⁾.

As relações interpessoais possuem influência positiva no momento de lidar com o diabetes, visto que eles oferecem suporte e carinho, mostrando-se preocupados e companheiros com as particularidades dos amigos. Ainda nas relações entre pares, muitas vezes, há medo e vergonha em revelar sua condição de saúde, que acaba gerando estresse. Estudo evidencia que outros desafios quanto às mudanças na rotina são: controle da glicemia e aplicação da insulina, que faz com que a vida com o diabetes, nesses aspectos, seja uma vida acompanhada de dor e sofrimento, além da alimentação ser fator de estresse devido às restrições exigidas pelo diabetes e de muitos terem iniciado a prática de atividade física depois do diagnóstico⁽²¹⁾.

Contribuições para a prática

A partir dessas colocações e das inferências, este estudo permite que os profissionais de saúde tenham discernimento das repercussões que vão além das biológicas, mas que despertem sua atenção e direcionem o cuidado que a doença crônica traz a vida das crianças e dos adolescentes e, dessa maneira, se mostrem parte da rede de apoio das mesmas e de suas famílias ao proporcionar acolhimento, escuta qualificada e diálogo. Assim, possa garantir que o conhecimento do pro-

fissional consiga transmitir à família a capacitação necessária no cuidado de seus filhos (23-24).

Limitação do estudo

Este estudo apresenta a limitação de ter sido realizado em apenas uma unidade de saúde pública, podendo não ser representativo de uma realidade mais ampla, principalmente a indivíduos atendidos na rede privada de saúde, portanto, impossibilita a generalização. Outra limitação, encontrar estudos recentes que dialoguem com as narrativas encontradas neste estudo, pois muitos estudos tratam da temática, mas na vivência dos familiares ou profissionais de saúde, poucos envolvem diretamente a criança. Apesar dessas limitações, foi possível compreender o objetivo determinado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse estudo foi alcançado ao compreender o cotidiano de crianças e adolescentes com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1. A inferência das repercussões gerou subsídios teóricos para que o profissional de saúde possa direcionar seu atendimento a criança e ao adolescente com diabetes de maneira integral.

As narrativas encontradas apresentam contribuições relevantes ao profissional, pois confirmam que, quando a criança e o adolescente possuem doença crônica, o impacto biopsicossocial interfere no seu restabelecimento e, assim, necessita de apoio da família e do profissional de saúde. Este estudo, por ser realizado pelo autorelato das crianças e adolescentes que convivem com essa doença, favorece a compreensão do “ouvir” de quem realmente convive e sente a repercussão da doença, e não apenas “ouvir” por meio de terceiros, como muitas vezes a pesquisa é realizada com as pessoas próximas, tais como pais, familiares, professores, cuidadores e profissionais de saúde.

Contribuições dos Autores: todos contribuíram para a elaboração do artigo.

Agradecimentos: Às crianças e adolescentes que concordaram em participar deste estudo e aos profissionais de saúde que conduzem o serviço de atendimento no Centro de Saúde Especializado em hipertensão, diabetes e obesidade do Distrito Federal, em especial a enfermeira Renata de Moraes Oliveira Avendano e a endocrinologista pediátrica Emanuelle Lopes Vieira Marques.

REFERÊNCIAS

- Della Manna T, Setian N, Savoldell RD, Guedes DR, Kuperman H, Cominato L, et al. Diabetes mellitus in childhood: an emerging condition in the 21st century. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2016 [acesso em 08 set 2017]; 62(6):594-01. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.06.594>.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Eighth edition. [Internet]. 2017 [acesso em 16 jan 2019]. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology.../diabetes-atlas.html>.
- Henríquez-Tejo R, Cartes-Velásquez R. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 em niños, adolescentes y sus familias. Revisión de la literatura. *Rev Chil Pediatr*. [Internet]. 2018 [acesso em 16 jan 2019]; 89(3):391-98. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000507>.
4. Almeida A, Lima RAG, Mello DF, Neves ET, Okido ACC, Vieira MM. Care demands of children with type 1 Diabetes Mellitus. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2017 [acesso em 16 jan 2019]; 21(2). Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170034>.
- Cruz DSM, Collet N, Andrade EMC, Nóbrega VM, Nóbrega MML. Mothers of experiences in diabetic child. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [acesso em 16 jan 2019]; 21(1):8. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170002>.
- Streuber HJ, Carpenter DR. *Qualitative research for occupational and physical: advancing the humanistic imperative*. 5th. ed. USA: Lippincott, 2010.
- Muylaert CJ, Sarubbi Júnior V, Gallo PR, Rolim Neto ML, Reis AOA. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2014 [acesso em 08 set 2017]; 48:193-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>.
- Borges KS, Fagundes LC. A teoria de Jean Piaget como princípio para o desenvolvimento das inovações. *Porto Alegre*. [Internet]. 2016 [acesso em 08 set 2017]; 39(2):242-48. Doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1981-2582.2016.2.21804>.

- Dell'Aglio DD, Greco-Soares JP. Relações entre qualidade de vida e diabetes mellitus tipo 1 na adolescência. *Contextos Clínicos*. [Internet]. 2016 [acesso em 08 set 2017]; 9(2):159-67. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2016.92.02> .
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Trad. Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: 2011; 70.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2007 [acesso em 08 set 2017]; 19(6):349-57. Doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042> .
- Gonçalves YN, Oliveira SKM, Ribeiro AR, Lage AMV. A experiência da criança com diabetes: pesquisa qualitativa e interventiva em saúde por meio do sociodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*. [Internet]. 2014 [acesso em 08 set 2017]; 22(1), 43-53. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-53932014000100005 .
13. Alves JMNO, Amendoeira JJP, Charepe ZB. The parental care partnership in the view of parents of children with special health needs. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 16 dez 2019];38(4):e2016-0070. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>.
14. Dutra HS, Werneck LMF, Goms AL. Crianças com diabetes: percepções maternas. *Revista de Enfermagem da UFJF* [Internet]. 2015 [acesso em 16 dez 2019]. 1(2):195-203. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/3806/1580>
15. Amissah I, Barnes NA, Craymah JP, Eliason S. Knowledge of Diabetes Mellitus and Management Practices among Senior High School Teachers in Ghana. *International Journal of Science and Research (IJSR)* [Internet]. 2017 [acesso em 16 dez 2019]; 6(1), 1090-1095. Doi: <https://doi.org/10.21275/ART20163600>
16. Garcia L, Araújo T, Silva P, Medeiros H, Barros S, Garcia L. Conhecimento sobre diabetes mellitus entre profissionais da rede pública de ensino. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*. [Internet]. 2017 [acesso em 16 dez 2019]; 30(1), 57-63. Doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p57>
17. American Diabetes Association (ADA). Foundations of care: education, nutrition, physical activity, smoking cessation, psychosocial care, and immunization. Sec. 4. In *Standards of Medical Care in Diabetes – 2015* [acesso em 16 dez 2019]. *Diabetes Care*. [Internet] 2015;38(Suppl. 1):S20-S30. Disponível em: <https://www.diabetesjournals.org/>
18. Simões ALA, Stacciarin TSG, Poggetto MTD, Maruxo HB, Soares HM, Simões ACA. Conhecimento dos professores sobre o manejo da criança com diabetes mellitus. *Texto & Contexto Enfermagem*. [Internet]. 2010 [acesso em 16 dez 2019];19(4):651-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/07.pdf>
19. Góes AP, Vieira MR, Liberatore Júnior RDR. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Rev. paul. pediatri*. [Internet]. 2007 June [acesso em 16 dez 2019]; 25(2): 124-128. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822007000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822007000200005>.
20. Rangel RF, Costenaro RG, Ilha S, Zamberlan C, Siqueira HC, Backes DS. Training for integral care: perception of Nursing teachers and students. *Rev Pesq: Cuidado é Fundamental Online*. [Internet]. 2017 [acesso em 16 dez 2019];9(2):488-94. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5450>
21. Quirk H, Blake H, Dee B, Glazebrook C. "Having diabetes shouldn't stop them": health care professionals' perceptions of physical activity in children with type 1 diabetes. *BC Pediatrics* [Internet]. 2015 [acesso em 08 set 2017]; 18:15-68. doi: 10.1186/s12887-015-0389-5
22. Correia Júnior PCT, Pimentel SMPD, Almeida VCF, Saraiva ARB, Alencar AMPG. Aprender as repercussões do diabetes mellitus em crianças sob a ótica das mães. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. [Internet]. 2014 [acesso em 16 dez 2019];15(1):60-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324030684009>
23. Pennafort VPS, Queiroz MVO, Nascimento LC, Guedes MVC. Network and social support in family care of children with diabetes. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2016 [acesso em 08 set 2017]; 69(5):856-63. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0085> .
24. Dickinson JK, Guzman SJ, Maryniuk MD, O'Brian CA, Kadohiro JK, Jackson RA et al. The Use of Language in Diabetes Care and Education. *Diabetes Care*. [Internet]. 2017 [acesso em 16 jan 2019]; dci170041. Doi: <https://doi.org/10.2337/dci17-0041> .

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES GESTANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL

Silas Santos Carvalho¹
Ludmila Freitas de Oliveira²

<https://orcid.org/0000-0001-8845-8902>
<https://orcid.org/0000-0002-0272-0197>

Objetivo: Descrever a percepção de adolescentes gestantes sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal. **Metodologia:** Estudo qualitativo de análise descritiva. Participaram 10 gestantes adolescentes cadastradas nas áreas de abrangência de uma unidade de saúde onde realizaram a consulta de pré-natal no município de Feira de Santana-BA, em 2016. Foi realizada uma entrevista, orientada por um roteiro semiestruturado, com o uso de mídia digital do tipo gravação de áudio. **Resultados:** A partir da análise temática de conteúdo de Minayo, definiram-se três categorias empíricas: "A busca do pré-natal"; "Pontos positivos e negativos"; e "Esclarecimento das dúvidas durante as consultas". Ainda existe falta de informação e conhecimento sobre a importância do pré-natal; relevante influência da família na adesão ao pré-natal e os pontos positivos e negativos sobre a consulta de enfermagem no pré-natal, indicando as possibilidades da atuação do enfermeiro para uma melhor assistência. **Conclusão:** Percebe-se a necessidade de ampliação e melhoria da assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro.

Descritores: Gravidez na adolescência; cuidado pré-natal; enfermagem; humanização da assistência.

PERCEPTION OF PREGNANT ADOLESCENTS ABOUT PRENATAL NURSING CARE

Objective: To describe the perception of pregnant adolescents about prenatal nursing care. **Methodology:** Qualitative study of descriptive analysis. Ten pregnant women registered in the areas covered by the health unit where they attended the prenatal consultation in the municipality of Feira de Santana-BA, in 2016. Participated in an interview, guided by a semi-structured script, using digital media of the audio recording type. **Results:** Based on Minayo's thematic content analysis, three empirical categories were defined: "The search for prenatal care"; "Positive and negative points"; and "Clarification of doubts during consultations". There is still a lack of information and knowledge about the importance of prenatal care; Relevant influence of the family on prenatal adherence and the positive and negative points about the prenatal nursing consultation, indicating the possibilities of the nurse's performance for better care. **Conclusion:** It is noticed the need for expansion and improvement of prenatal care performed by nurses.

Descriptors: Pregnancy in adolescent, prenatal care, nursing, humanization of assistance.

PERCEPCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS ACERCA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PRENATAL

Objetivo: Describir la percepción de adolescentes embarazadas sobre la atención de enfermería prenatal. **Metodología:** Estudio cualitativo de análisis descriptivo. Diez mujeres embarazadas se registraron en las áreas cubiertas por la unidad de salud donde asistieron a la consulta prenatal en el municipio de Feira de Santana-BA, en 2016. Participaron en una entrevista, guiados por un guión semiestructurado, utilizando medios digitales del tipo de grabación de audio. **Resultados:** Basado en el análisis de contenido temático de Minayo, se definieron tres categorías empíricas: "La búsqueda de atención prenatal"; "Puntos positivos y negativos"; y "Aclaración de dudas durante las consultas". Todavía hay una falta de información y conocimiento sobre la importancia de la atención prenatal; Influencia relevante de la familia en la adherencia prenatal y los puntos positivos y negativos sobre la consulta de enfermería prenatal, lo que indica las posibilidades del desempeño de la enfermera para una mejor atención. **Conclusión:** se observa la necesidad de expansión y mejora de la atención prenatal realizada por las enfermeras.

Descriptores: Embarazo em adolescência, atenção prenatal, enfermería, humanización de la atención.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana, BA, Brasil.

²Faculdade Ateneu de Feira de Santana, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO

A adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, sendo caracterizada por diversas mudanças fisiológicas, psicológicas e hormonais e início da vida sexual, além de questionamentos quanto à sexualidade. As mudanças físicas, sociais e psicoemocionais que ocorrem na vida dos adolescentes representam um dos momentos mais vulneráveis do ciclo vital humano, o que requer ações e cuidados amplos, prévios e concomitantes ao seu desenrolar, do setor de saúde e para além dele¹⁻³.

Nesta etapa da vida, repleta de novas descobertas, os adolescentes levam consigo percepções boas e ruins, que são um reflexo desse momento de crescimento acelerado. Nesta fase se estabelece padrões e ideias a respeito da autoimagem, autoestima, vínculo familiar e social. Consiste em um momento delicado que requer uma maior necessidade de oferecer cuidados e atenção especial a esse público³.

Diante da grande metamorfose presente na vida do adolescente incluem-se o início precoce da vida sexual juntamente com a ausência e/ou uso inadequado dos métodos contraceptivos. Os programas do governo, como os de planejamento familiar, objetivam auxiliar o planejamento e prevenção do índice de gravidez na adolescência^{4,5}.

Todavia, a gestação na adolescência é uma das dificuldades de saúde sexual e reprodutiva que possui mais relevância no geral. Estima-se que, aproximadamente 16 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos no mundo partejam a cada ano, o que equivale a 11% de todos os nascimentos. No Brasil, o percentual de nascidos vivos de mulheres entre a puberdade e adolescência em 2005 representou 21,6% do total, variando as taxas entre os estados, sendo os menores no Distrito Federal (15,8%) e em São Paulo (16,9%), e as maiores no Maranhão (30,2%) e no Pará (29,9%)^{6,7}.

Neste contexto, o pré-natal é fundamental no cuidado com a saúde da mulher e de seu bebê desde a identificação da gravidez precoce até o momento do parto. Além do cuidado da saúde física, orienta-se à mulher sobre sua gravidez, os cuidados que ela deve ter neste período, em relação à nutrição, os exercícios, o trabalho de parto, parto, aleitamento, entre outros temas. Os enfermeiros devem desenvolver a competência de lidar com a gestante adolescente, para dissipar toda e qualquer dúvida que envolve este fenômeno de extrema relevância para a saúde pública⁷⁻¹⁰.

Abordar gravidez na adolescência remete ao pensamento sobre o impacto que esse fato tem sobre a sociedade, sobre a família e principalmente para o indivíduo em questão. Portanto, destaca-se a necessidade de reflexão sobre o papel do enfermeiro na assistência à gestante adolescente, bem como da discussão de novos meios e técnicas que garantam à ges-

tante um cuidado acolhedor, humanizado e resolutivo.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: Qual é a percepção de adolescentes gestantes sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal? Para tanto, buscou-se com este estudo descrever a percepção de adolescentes gestantes sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza descritiva. Utilizou-se a abordagem de pesquisa qualitativa com a finalidade de avaliar a compreensão subjetiva a respeito do assunto. Assim, enfatizando os significados e a compreensão que os indivíduos atribuem às suas experiências.

Participantes da pesquisa

A população do estudo foi composta por adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, tendo realizado, pelo menos, três consultas de enfermagem no pré-natal pelo enfermeiro da equipe e que aceitaram participar espontânea e formalmente da pesquisa. A amostra foi constituída por 10 (dez) gestantes adolescentes. Os critérios de exclusão das participantes foram: incapacidade de comunicação, deficientes auditivas e comprometimento mental diagnosticado. Para essa avaliação foi realizada consulta de prontuários das gestantes e uma breve conversa com os responsáveis pelas adolescentes.

Não foi realizado um levantamento prévio para identificar o número potencial de participantes. Este foi determinado de acordo com os princípios de saturação, ou seja, depoimentos sem novas informações

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu durante os meses de novembro e dezembro de 2016, norteada por um roteiro de entrevista dividido em duas partes: a primeira com dados sociodemográficos e obstétricos das participantes, tais como: idade, raça/cor, local de moradia, ocupação, situação conjugal, grau de escolaridade, religião, quantidade de filhos e gestações; e a segunda parte enfocando as questões norteadoras: "Qual é a sua percepção sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal?" e "Quais os benefícios do pré-natal para você?".

Para as gestantes adolescentes que se propuseram a participar do estudo, foram solicitadas a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), os quais foram assinados em duas vias, ficando uma via com o(a) pesquisador(a) e a outra com a entrevistada.

As entrevistas foram realizadas em local reservado, no

consultório de enfermagem da unidade de saúde, sem que houvesse a interferência de outros indivíduos, aplicadas individualmente, com uso de mídia digital do tipo gravação de áudio.

Dada a homogeneidade da amostra, utilizou-se o critério de saturação de informação para a determinação do tamanho amostral.

Análise dos dados

A análise do material empírico produzido por meio das entrevistas possui como referencial teórico metodológico a Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo, que contempla três etapas: pré-análise; exploração do material; e o tratamento do conteúdo obtido com interpretação⁽¹¹⁾.

A organização dos dados teve início com a transcrição seguindo de organização das entrevistas. Em seguida, realizou-se a classificação e a categorização das falas, com sínteses coincidentes e divergentes de ideias e sua ligação, ou não, a alguma categoria. As categorias foram divididas conforme as seguintes abordagens: a busca do pré-natal; a influência da família na adesão ao pré-natal; e limites e possibilidades da atuação do enfermeiro na assistência pré-natal.

Procedimentos éticos

Em consonância com o estabelecido pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil⁽¹²⁾, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Anísio Teixeira de Feira de Santana-BA, com parecer favorável CAAE nº 58406316.9.0000.5631 e com número do protocolo: 1.785.782 em 21 de outubro de 2016.

Os envolvidos só foram incluídos na pesquisa após concordância voluntária e assinatura do TCLE e do TALE. Para inclusão de participantes menores de idade, seus responsáveis assinaram o TCLE.

O local da pesquisa foi referido pela letra L e, tendo em vista o sigilo das identidades das participantes, estas foram identificadas pela nomenclatura de flores.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados desse estudo dividiu-se em dois momentos: o primeiro refere-se à caracterização dos participantes da pesquisa; e o segundo relacionado às categorias temáticas que emergiram dos depoimentos.

Caracterização dos participantes da pesquisa

O estudo foi constituído por 10 gestantes adolescentes que realizaram acompanhamento pré-natal em uma unidade de saúde no município de Feira de Santana-BA.

No que se refere às idades das participantes entrevistadas, nota-se que a faixa etária varia entre 15 e 19 anos. Todas

apresentavam ensino médio incompleto. Quanto ao vínculo empregatício, a maioria das participantes referiu ser “do lar” (9) e de classe média baixa (9), sendo que 01 havia sido contratada recentemente por uma empresa de Telemarketing. Todas as participantes do estudo declararam-se solteiras, porém com namorado/companheiro que tinha conhecimento sobre a gestação e as apoiavam. Nove participantes referiram ser da religião católica.

Apesar das peculiaridades na caracterização das gestantes, percebe-se que todas apresentam perfil para receber atenção pré-natal de baixo risco, conforme proposto no serviço.

Os depoimentos que formaram as categorias, as quais foram construídas tomando como base as falas das entrevistadas e agrupamento textual similar, revelaram três categorias temáticas (C), a saber: A busca do pré-natal (C1); Pontos positivos e negativos (C2); e Esclarecimento das dúvidas durante as consultas (C3).

C1: A busca do pré-natal

O primeiro núcleo de sentido destaca como ocorre a busca do atendimento pré-natal pelas adolescentes; se alguém as acompanha nessas consultas e quem realiza o atendimento. Observou-se que as gestantes procuram a unidade de saúde para obter o serviço pré-natal assim que constatarem a gravidez, ainda no primeiro trimestre gestacional, iniciando assim o acompanhamento, conforme exposto nos relatos a seguir:

“Assim que descobri, minha mãe veio marcar o pré-natal pra mim”. (Hortência);

“Desde que eu descobri que “tava” grávida [...] com dois meses”. (Rosa).

Pode-se detectar a falta de informação e conhecimento sobre a importância da consulta de pré-natal, conforme visualizado na fala a seguir:

“Tem 2 meses só, porque eu descobri que tava grávida com 3 meses, eu não entendia nada direito, nem sabia que precisava fazer isso de pré-natal!”. (Narciso).

Percebe-se que é necessário haver esclarecimento do significado do pré-natal para a gestante, como também o incentivo da realização deste acompanhamento.

Todavia, o apoio da família e do parceiro é fundamental para o sucesso da gravidez, sobretudo pelo fato de que as adolescentes percebem que não estão desamparadas diante desta novidade de ser mãe. Este apoio revela total seguran-

ça para adolescente, além de soar como fator extremamente positivo, pois reforça a adesão destas gestantes ao acompanhamento do pré-natal.

Familiares e amigos são os acompanhantes da maioria das adolescentes participantes da pesquisa nos atendimentos:

“Minha mãe vem, meu namorado veio uma vez também”. (Cravo);

“Minha tia sempre vem comigo, minha mãe não pode vir porque está no trabalho”. (Margarida);

“Venho com minha avó”. (Orquídea).

Constata-se na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº 94.406/87, que o pré-natal de baixo risco pode ser completamente assistido pelo enfermeiro. Na presente pesquisa fica evidenciado que a maior parte dos atendimentos é realizada pelas enfermeiras conforme as falas abaixo:

“Com a enfermeira. Antes eu achava que ela era médica, parece uma médica”. (Tulipa);

“A enfermeira”. (Rosa);

“A enfermeira que me atende”. (Narciso).

C2: Pontos positivos e negativos da consulta pré-natal

O segundo núcleo de sentido destaca como a adolescente gestante se sente em relação ao atendimento nas consultas de pré-natal: os pontos positivos e os negativos:

“Eu gosto do atendimento”. (Cravo);

“O atendimento é bom, ela atende bem”. (Margarida);

“Não tenho o que reclamar”. (Orquídea).

É de suma importância que a população esteja satisfeita em relação ao atendimento de saúde para ter uma melhor qualidade no seu pré-natal e uma satisfação na hora de voltar à consulta. Porém existem pontos negativos que atrapalham o desenvolvimento do trabalho:

“Eu acho que só a demora de atender que é demais”. (Rosa);

“No dia que foi as estudantes fiquei insegura, a professora tava com elas também, mas prefiro o

atendimento da enfermeira”. (Girassol);

“Só acho que ela podia explicar melhor as coisas, tipo, eu nunca soube até quando podia ter relações sexuais ou se podia durante a gestação, e nunca perguntei, porque não me sentia a vontade, ficava com vergonha”. (Margarida).

Observa-se que a demora durante o atendimento foi um ponto negativo exposto pelas adolescentes, fato que poderia ser resolvido com conversas e explicações do motivo pelo qual essa consulta deve ser minuciosa e não fazer rápida ou de qualquer jeito.

As gestantes referiram que sentem desconforto ao serem atendidas por outras pessoas que não seja a enfermeira que começou o pré-natal e, além disso, existiu a deficiência em orientações relacionadas à sexualidade, em que uma gestante ressaltou que não sabia até quando poderia ter relações sexuais na gestação. Dentre outros questionamentos, isso precisa ser explicado durante as consultas, assim como prestar orientações e perguntar-lhes se ainda existem dúvidas relacionadas a algo, pois é o papel do enfermeiro deixar essa gestante consciente de tudo que ocorre com ela e com o seu bebê.

C3: Esclarecimento das dúvidas durante a consulta pré-natal

O terceiro núcleo de sentido trata do esclarecimento das dúvidas das gestantes adolescentes em relação à consulta pré-natal e a gestação, e se a maneira pela qual é transmitida a informação também é compreendida por elas:

“Entendo tudo”. (Rosa);

“Até agora sim”. (Orquídea).

Percebe-se a necessidade do entendimento da assistência prestada pela enfermeira à gestante para que a qualidade da assistência não seja prejudicada por falta de esclarecimento e intimidade com a cliente.

É importante que a enfermeira incentive às gestantes a exporem suas dúvidas sobre qualquer assunto que seja relacionado à gestação, para que haja uma redução de pontos negativos referentes à insatisfação das gestantes quanto à consulta de pré-natal e sua saúde, como observado nas falas a seguir:

“Entendo mais ou menos, porque é muita informação. Ultimamente estou tendo muitas dúvidas sobre o trabalho de parto, o que acontece no início, essas coisas assim”. (Cravo);

“Às vezes me dá dúvida dos exames, quando tenho que fazer, pra que eles servem e porque tenho que fazer várias vezes tantos exames”. (Margarida).

DISCUSSÃO

A gestação na adolescência implica em maior risco para o binômio materno-infantil, segundo os indicadores da qualidade da atenção pré-natal na rede básica do Brasil. Desse modo, a assistência de pré-natal deve priorizar esse grupo que possui grandes necessidades em saúde, devido ao menor acesso aos serviços de saúde e escassez de políticas públicas^{13,14}.

É recomendado o início do acompanhamento pré-natal nos primeiros três meses de gestação, sendo fundamental que haja planejamento das consultas e um atendimento de eficiência durante todo processo de acompanhamento, no qual deve-se efetuar ao menos um total de seis consultas durante a gestação¹⁵.

Destarte, é necessária a busca de estratégias para causar nas gestantes o interesse em procurar o serviço, como por exemplo, apoiar os agentes comunitários de saúde a exercer uma procura efetiva deste grupo, oferecer um acolhimento e assistência competente, com qualidade do cuidado, prover informações confiáveis e adequadas, além de estabelecer boas relações entre os profissionais de saúde e as gestantes¹⁵⁻¹⁷.

As gestantes desse estudo apontaram a participação de seus amigos e familiares como essencial em sua gestação, além de ser uma direção importante, pela colaboração dada através do conhecimento sobre o novo ciclo e o acolhimento recebido. Através desse cuidado durante o acompanhamento pré-natal, a gestante e sua família devem pensar e estruturar melhor suas rotinas¹⁷.

É notório que os programas de saúde sexual e reprodutiva ainda são frágeis quanto à inclusão e incentivo à presença e participação do companheiro da gestante no pré-natal. Vale ressaltar a importância dessa especial atenção, pois isso implica em melhor apoio à mulher em seu período pré-natal, repercutindo positivamente em seu autocuidado e no relacionamento¹⁸.

Estudos revelam que o relacionamento dos companheiros com as adolescentes durante o pré-natal amplia a afetividade do casal e a autoestima da gestante e constitui fonte de confiança e intimidade^{19,20}.

Corroborando com essa pesquisa, estudo evidenciou que o enfermeiro destaca-se na assistência pré-natal, tendo função de realizar uma atenção qualificada e acolhimento à gestante, identificar e priorizar as necessidades, promover encaminhamentos e prestar orientações para obter bons resultados até o nascimento da criança²¹.

As gestantes adolescentes apresentaram pouco conhecimento a respeito da consulta pré-natal, bem como demonstraram difícil acesso aos serviços de saúde antes da gestação, fato que evidencia o crescente número de gravidez precoce e

recorrente. Estudos revelaram que a gravidez ocorreu de forma inesperada e que algumas adolescentes desconheciam os riscos da gestação e por isso demonstraram satisfação com esse período^(17,22).

No decorrer da consulta é pertinente verificar se as expectativas da gestante foram esclarecidas, se suas dúvidas foram solucionadas, realizar as orientações e certificar-se que foram compreendidas. Esse processo faz com que a gestante assuma a responsabilidade de manter uma regularidade de sua frequência nas consultas²³.

Os profissionais da área da saúde, entre eles o enfermeiro, devem estar sensibilizados para a humanização da assistência prestada à clientela, tal como proposto pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento^{16,17}.

Entende-se que no pré-natal é essencial superar condutas tecnicistas que priorizem apenas procedimentos técnicos. Em estudo desenvolvido também com gestantes adolescentes, foi evidenciado que a consulta de enfermagem no pré-natal baseou-se em procedimentos técnicos. Por outro lado, não houve identificação de feedback das informações fornecidas²⁴.

É importante que as adolescentes gestantes tenham suas dúvidas sanadas durante o pré-natal. Neste sentido, o profissional deve oferecer uma consulta qualificada e com olhar humanizado, baseada no vínculo e acolhimento com as adolescentes, prestando informações claras e relevantes para diminuir todos os medos e as possíveis dúvidas. Para isso, deve-se compreender o que elas entendem por pré-natal, o porquê de realizar a consulta todo mês e oferecer um ambiente privativo e confiável para os atendimentos^{17,23-25}.

Desse modo e por meio da compreensão do contexto no qual a gestante está inserida e do significado da gravidez para a mesma, poderão ser estabelecidas estratégias de cuidado que permeiam suas reais necessidades²².

O pré-natal é uma ferramenta muito importante para a saúde pública e um período essencial para a gestante na unidade, onde ela vai buscar informações e orientações seguras e confiar a sua vida e a do seu filho, para que tenham uma gravidez tranquila. Assim, a(o) enfermeira(o) deve falar sobre os riscos e informar a importância de cada procedimento e exame, com humanização e olhar holístico²⁴⁻²⁶.

Limitações do estudo

Este estudo limita-se pelo recorte metodológico, por retratar uma realidade localregional, e pela escassez de literatura científica que aborda a temática, considerando a assistência pré-natal do enfermeiro ao público adolescente. Contudo, essas limitações não invalidam o estudo. Seus achados podem contribuir para o corpo de evidências em questão e remetem à necessidade de investigações futuras

com amostra mais robusta e em demais regiões para fins de comparações.

Contribuições para a prática

No âmbito científico, este estudo permite ampliar a compreensão acerca da assistência pré-natal à adolescente que vivencia o processo gravídico, enfatizando os preceitos da atenção humanizada como preconizado pelo Ministério da Saúde, propiciando a melhoria da qualidade assistencial do profissional enfermeiro bem como a realização de educação permanente para atender as necessidades da população, trazendo mais conhecimento às adolescentes em relação à gestação, ressaltando assim, a importância do apoio familiar e do parceiro.

CONCLUSÃO

Pode-se inferir que houve concordância de que há neces-

sidade de ampliação e melhoria da assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro, como prestar esclarecimento dos exames que são solicitados durante as consultas e estar atento, observando as reações das adolescentes gestantes, que muitas vezes, podem demonstrar dúvida.

Destarte, acredita-se que esse estudo possa contribuir para a reflexão da atuação do enfermeiro nas consultas de pré-natal, especialmente do público adolescente. Assim, propõe-se que novas investigações sejam desenvolvidas, buscando-se evidenciar aspectos ímpares da atuação do enfermeiro, visando acompanhar o modo como se configura a sua assistência nessas consultas.

Contribuição dos Autores: Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final: Silas Santos Carvalho, Ludmila Freitas de Oliveira.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: 1986.
2. Okuda GT, Cavalhieri FB, Pereira ACS, Danno CH, Takeda E, Di Stasi GG. Perfil Social e Obstétrico de Gestantes Adolescentes. *Ciênc Cuid Saúde*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 11]; 16(2). Available from: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.28455>
3. Alves EVG, Campos KFC, Fonseca TG, Araújo A. Estudo dos antecedentes perinatais de mães adolescentes em Buenópolis/Minas Gerais. *Rev Enferm Cent O Min*. [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 11]; 4(3):1300-1309. Available from: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/771>
4. Jezo RFV, Ribeiro IKS, Araújo A, Rodrigues BA. Gravidez na Adolescência: Perfil das Gestantes e Mães Adolescentes em uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Enferm Cent O Min*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 11]; 7. Available from: <https://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1387>
5. Lima MNFA, Coviello DM, Lima TNFA, Alves ESRC, Davim RMB, Bousquat A. Adolescents, pregnancy and care in primary health care services. *J Nurs UFPE*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 12]; 11(Supl.5):2075-82. Available from: <https://doi.org/10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201712>
6. Lima TNFA, Coviello DM, Lima MNFA, Alves ESRC, Davim RMB, Bousquat AEM. Social support networks for adolescent mothers. *J Nurs UFPE*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 11]; 10(Supl.6):4741-50. Available from: <https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201605>
7. United Nations Population Fund. Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy. [Internet]. 2013. [cited 2019 Oct 11]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf>
8. Reis NSP, Santos MFG, Almeida IS, Gomes HF, Leite DC, Peres EM. A hospitalização do adolescente na ótica dos profissionais de enfermagem. *Enferm Foco*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 31]; 9(2):07-12. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1057>
9. Santos LAV, Lara MO, Lima RCR, Rocha AF, Rocha EM, Glória JCR, Ribeiro GC. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 21]; 23(2):617-625. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.10962016>
10. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-FilhaII MM, Gama SGN, et al. Adequação da

- assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 21]; 37(3):140-7. Available from: <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt/>
11. Minayo MCS. Apresentação. In: R Gomes. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Instituto Sírio Libanês; 2014. p.5-7.
 12. Ministério da Saúde (BR). Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília. [cited 2019 Oct 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 13. Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RO, Oliveira CCC. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju. *Epidemiol Serv Saude*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 19];25(2):271-280. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200006>
 14. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 17]; 33(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>
 15. Rosa CO, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 19];48(6):977-984. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005283>
 16. Carvalho SS, Oliveira BR, Nascimento CSO, Gois CTS, Pinto IO. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de acolhimento com classificação de risco às gestantes. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. [Interne]. 2018 [cited 2019 Oct 19]; 18(2):309-315. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000200004>
 17. Oliveira LFM, Davim RMB, Alves ESRC, Rodrigues ESRC, Nóbrega MF, Torquato JA. Vivência de puérperas adolescentes quanto à gravidez e trabalho de parto. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 19]; 10(2): 395-406. Available from: <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201603>
 18. Costa SF, Taquette SR. Atenção à gestante adolescente na rede SUS - o acolhimento do parceiro no pré-natal. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 10]; 11(5):2067-2074. Available from: <https://doi.org/10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201711>
 19. Braga IF, Oliveira WA, Spanó AMN, Nunes MR, Silva MAI. Perceptions of adolescents concerning social support provided during maternity in the context of primary care. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 10];18(3):448-455. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.201400064>
 20. Martello NV, Wilhelm LA, Cremonese L, Prates LA, Timm MS, Ressel LB. Práticas de cuidado realizadas pelo companheiro na perspectiva da gestante. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 10];11(Supl. 11):4574-8. Available from: <https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201705>
 21. Santos LF, Brito SS, Mutti CF, Santos NSS, Evangelista DR, Pacheco LR. Características do pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas em unidades de atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 21];12(2):337-44. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230817p337-344-2018>
 22. Orso LF, Mazzetto FMC, Siqueira FPC, Chadi PF. Ser mãe na adolescência: significado dessa vivência na gestação e parto. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 21];10(6): 4870-4879. Available from: <https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201620>
 23. Rocha CA, Andrade SG. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: Percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga - GO em diferentes contextos sociais. *Rev Enferm Contemp*. [Internet]. 2017[cited 2019 Nov 21];6(1). Available from: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i1.1153>
 24. Rodrigues IR, Rodrigues DP, Ferreira MA, Pereira MLD, Barbosa EMG. Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes. *Rev RENE*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 21]; 17(6): 774-781. Available from: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000600007>
 25. Carvalho SS, Oliveira BR, Bezerra ISA. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. *Rev Educ Saúde*. [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 21]; 7 (2): 142-150. Available from: <http://doi.org/10.29237/2358-9868.2019v7i1.p142-150>
 26. Silva AB, Albuquerque NLA, Carvalho ACS, Silva RDM, Vicente CD. Percepção da mulher acerca da assistência ao parto pela enfermeira obstetra. *Enferm Foco*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 31]; 9(4):28-33. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1068>

HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO DE PARTO NORMAL

José Wellington Silva de Moura²

John Carlos de Souza Leite¹

Vinicius Rodrigues de Oliveira¹

João Paulo Xavier Silva¹

<https://orcid.org/0000-0002-5459-3310>

<https://orcid.org/0000-0002-0183-6913>

<https://orcid.org/0000-0002-9915-0062>

<https://orcid.org/0000-0003-3082-9373>

Objetivo: Compreender a percepção de uma equipe de enfermagem de um Centro de Parto Normal acerca da assistência ao parto humanizado. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, realizada com profissionais de enfermagem de um Centro de Parto Normal, em um município do interior do Ceará. Os dados foram analisados segundo a análise categorial temática, utilizando-se o *software* IRAMUTEQ para processamento dos dados. **Resultados:** Os participantes do estudo reconhecem a relevância de seu trabalho e identificam a classe da enfermagem como protagonista na assistência humanizada. Esses apresentam a percepção de parto humanizado relacionado à autonomia da mulher, além disso, entendem que o processo de humanização se inicia desde a entrada da mulher no centro de parto. **Conclusão:** Os profissionais de enfermagem demonstraram conhecimento científico sobre a assistência ao parto humanizado e sobre as práticas de humanização para a parturiente.

Descritores: Parto humanizado; Cuidados de enfermagem; Profissionais de enfermagem; Enfermagem obstétrica.

BIRTH HUMANIZATION IN THE PERSPECTIVE OF THE NURSING TEAM OF A NATURAL BIRTH CENTER

Objective: Comprehend the perspective of a nursing team in a natural birth center about the assistance on humanized childbirth.

Method: this is a descriptive, qualitative research carried out with nursing professionals of a natural birth center, in a municipality in the interior of Ceará. The data were analyzed according to the thematic categorical analysis, using IRAMUTEQ software in data processing. **Results:** The study participants recognize the relevance of their work and identify the nursing class as the protagonist in humanized care. This present the perception of humanized birth related to women's autonomy, also, they understand that the humanization process begins when the woman enters the birth center. **Conclusion:** Nursing professionals demonstrated scientific knowledge about humanized childbirth assistance, and about humanization practices for parturient women.

Descriptors: Humanizing Delivery; Nursing Care; Nurse Practitioners; Obstetric Nursing.

HUMANIZACIÓN DEL PARTO NA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO DE PARTO NORMAL

Objetivo: Comprender la percepción de un equipo de enfermería en un Centro de Parto Normal acerca de la asistencia humanizada para el parto. **Método:** Esta es una investigación descriptiva y cualitativa, realizada con profesionales de enfermería de un Centro de Parto Normal, en una ciudad del interior de Ceará. Los datos se analizaron de acuerdo con el análisis categórico temático, utilizando un *software* IRAMUTEQ en el procesamiento de datos. **Resultados:** Los participantes del estudio reconocen la relevancia de su trabajo e identifican a la clase de enfermería como protagonista en la atención humanizada. Estos presentan la percepción del parto humanizado en relación con la autonomía de la mujer, además, entienden que el proceso de humanización comienza desde el ingreso de la mujer al centro de parto. **Conclusión:** Los profesionales de enfermería demostraron conocimiento científico sobre el cuidado del parto humanizado y sobre las prácticas de humanización para mujeres parturientas.

Descriptor: Parto Humanizado; Atención de Enfermería; Enfermeras Practicantes; Enfermería Obstétrica.

¹Manuscrito extraído da monografia intitulada: "Percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência ao parto humanizado", apresentada em 2019, para o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri.

²Universidade Regional do Cariri (URCA) - Campus Iguatu, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O parto humanizado consiste em um conjunto de práticas e procedimentos que visam um processo de parto de forma acolhedora e mais humana, menos medicalizado e que utilize menos intervenções desnecessárias, como o uso rotineiro de amniotomia precoce (rompimento da bolsa) e ocitocina para induzir o trabalho de parto. Dessa forma são utilizadas práticas e métodos naturais que tornam o parto mais humanizado, tais como: massagens, técnicas de respiração, banhos, além do apoio psicológico que deve ser ofertado para parturiente e sua família¹.

Humanizar o parto não consiste somente em realizar ou não procedimentos e práticas, mas sim permitir que a mulher se torne a personagem principal nesse cenário, como forma de evitar que ela seja apenas uma espectadora desse momento, dando-lhe direito de escolha nos processos decisórios na assistência humanizada².

A assistência humanizada deve acontecer bem antes da realização do parto, tendo início no começo da gravidez, nas primeiras consultas de pré-natal, dando continuidade no parto e pós-parto³. Essa assistência vem sendo implementada no Centro de Parto Normal (CPN) que é regulamentado pela Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, instituída pela Ministério da Saúde (MS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo assim a implantação e capacitação CPN para a assistência materna e ao Recém-Nascido (RN) na hora do parto e ao nascer⁴.

Essa alternativa para o parto foge do modelo assistencial mecanicista, medicalizador e intervencionista do parto hospitalar, visando uma assistência individualizada, de forma integral e humanizada, sem a utilização de intervenções desnecessárias e respeitando a fisiologia do parto e da mulher¹.

Nesse contexto, se faz necessária a presença da equipe de saúde, destacando-se atuação da equipe de Enfermagem na assistência ao parto humanizado, com intuito de oferecer acolhimento de qualidade, apoio, suporte afetivo, psicológico, físico e emocional para a parturiente e a família, como também estimular a participação ativa desta e seu acompanhante, utilizar as práticas humanizadas, priorizar o protagonista da mulher no parto e respeitar a presença do companheiro ou de outros acompanhantes no momento do parto⁵⁻⁶.

Contudo, para que a assistência humanizada ao parto seja realizada de forma qualificada e segura é importante que os profissionais de Enfermagem possuam uma formação fundamentada nos princípios humanistas, que tenham conhecimento necessário e estejam qualificados para atuar nessa assistência².

Assim essa pesquisa teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais de uma equipe de Enfermagem

de um CPN acerca da assistência ao parto humanizado.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, sob a abordagem qualitativa.

Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram definidos por meio da amostragem não probabilística intencional⁷. A equipe de Enfermagem do CPN investigada neste estudo conta com 13 profissionais, sendo sete técnicos de enfermagem e seis enfermeiros, entretanto a pesquisa foi realizada com uma amostra de 11 profissionais de enfermagem, devido duas recusas em participar do estudo. O critério de inclusão para participação foi: os profissionais de Enfermagem que possuíam uma vivência de no mínimo seis meses no CPN, a escolha desse período de tempo justificou-se pelo fato de que com seis meses o indivíduo já tem adquirido experiência profissional, além disso é essencial para se situarem com a realidade na qual atuam. Os critérios de exclusão foram: os profissionais que estavam em licença maternidade, os que estiveram afastados por atestado médico e os profissionais que não compareceram ao local no período de coleta.

Local de estudo

O estudo foi realizado em um CPN, de um município do interior do Ceará, vinculado ao hospital regional do município e fornece assistência não apenas para o município sede, mas também a outros nove municípios circunvizinhos, com base na regionalização sanitária.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de abril e maio de 2019, por meio de uma entrevista semiestruturada. Antes de iniciar a coleta, foi realizado um teste piloto do instrumento utilizado, com a participação de profissionais de Enfermagem atuantes no CPN de um município cearense cuja realidade se assemelha a da cidade onde o estudo foi desenvolvido. Após a realização do teste, não houve a necessidade de ajuste no instrumento de coleta. As entrevistas não puderam ser agendadas previamente, pois o pesquisador não conseguiu contato dos participantes ou escala de plantões, assim, foi diariamente ao CPN até conseguir finalizar a coleta. Inicialmente a comunicação entre profissional e pesquisador era feita por intermédio da recepcionista do CPN que verificava a disponibilidade do profissional no dia, tendo disponibilidade e interesse em participar da pesquisa os dados eram coletados. A entrevista foi realizada no ambiente de trabalho dos participantes em um espaço sigiloso e tranquilo, registrada em áudio por meio de equipamento eletrônico (*smartphone*) e abordou as características sociodemográficas e profissionais da equipe de Enfermagem, o conhecimento quanto à assistência ao parto humanizado, as práticas humanizadas realizadas pelos

profissionais de Enfermagem durante o parto e a assistência de enfermagem ao parto humanizado.

Procedimentos de análise e tratamento de dados

As informações obtidas foram apresentadas na forma descritiva e analisados segundo a análise temática, através de três etapas: 1ª pré-análise: leitura do material e formatação do corpus textual; 2ª exploração do material: processamento de dados por meio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ); e 3ª tratamento dos resultados: elaboração de categorias temáticas, seguinte a discussão embasada mediante a literatura conveniente ao assunto⁸. No processamento de dados adotou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que resultou em quatro classes distintas. Cada classe resultante é formada pelas palavras mais expressivas, ou seja, as palavras com a maior frequência. A classe 4, denominada "Assistência de enfermagem ao parto humanizado", representa, 31,7 % dos segmentos de textos, a classe 3, denominada "Práticas Humanizadas no Parto" representa, 25,8% dos segmentos de texto, a classe 2, denominada "Parto Humanizado" representa, 20% dos segmentos de texto, a classe 1, denominada "Importância da Enfermagem ao Parto Humanizado" de representa, 22,5 % dos segmentos de texto.

Procedimentos éticos

A pesquisa se desenvolveu de acordo com as determinações estabelecidas pelas Resoluções N° 466/12 e N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõem acerca dos preceitos éticos e legais para pesquisa com seres humanos. O

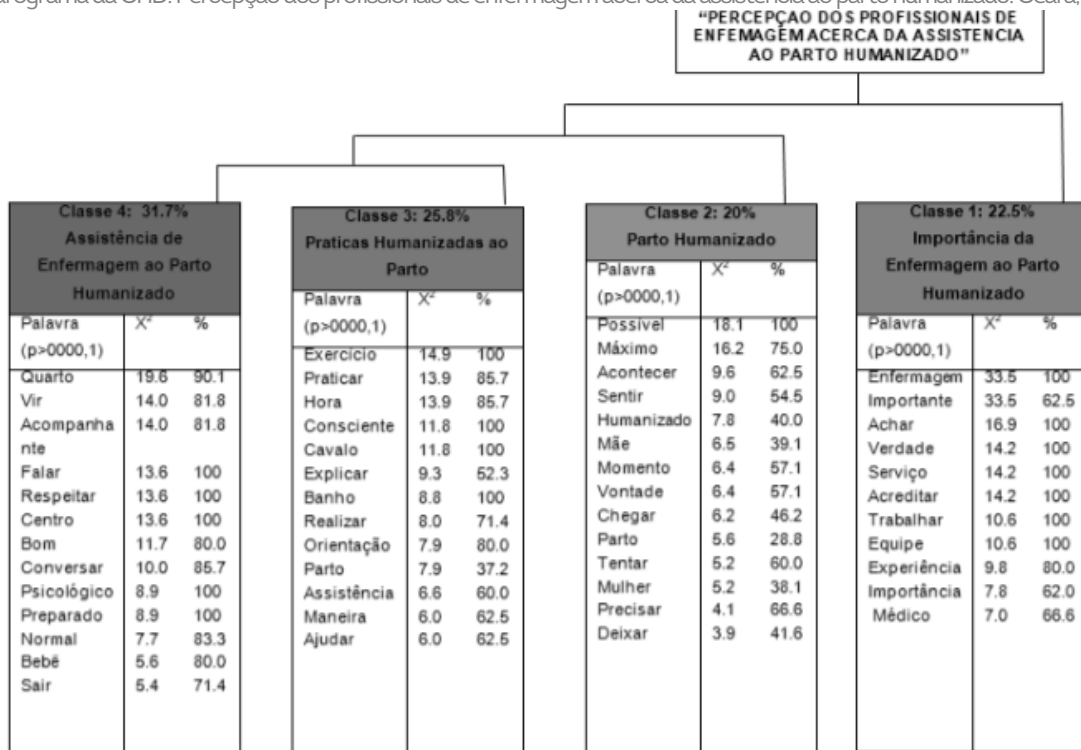
projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA) sendo aprovado sob Parecer N° 3.183.202. Todos os integrantes da pesquisa foram devidamente informados e esclarecidos das finalidades da pesquisa e a importância da participação deste para o estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram utilizados pseudônimos (P1, P2, P3, sucessivamente), para preservar a identidade dos participantes.

RESULTADOS

Dentre os participantes do estudo nove são do sexo feminino e dois masculino, em relação faixa etária esta variou de 18 a 41 anos. No que diz respeito a profissão, a equipe é formada por seis técnicos em enfermagem e cinco enfermeiros, uma característica importante da formação dos Enfermeiros é a especialização na área de Enfermagem Obstétrica. No que se refere o tempo de atuação no CPN, variou entre seis meses a dois anos, 10 dos profissionais já atuavam no serviço entre um ano a dois anos. Em relação a capacitações dos profissionais para assistência ao parto humanizado, oito afirmaram não terem participado de nenhuma capacitação, e apenas três relataram a participação em alguma capacitação. As capacitações vivenciadas pelos sujeitos do estudo não foram ofertadas pela instituição ao qual trabalham.

Quanto ao processamento das informações no software IRAMUTEQ, o conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes, dispostas a seguir.

Figura.1 - Dendrograma da CHD: Percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência ao parto humanizado. Ceará, Brasil, 2020.



Classe 1: Importância da Enfermagem ao Parto Humanizado

Essa classe faz menção a importância da Enfermagem no parto humanizado. O estudo demonstra a relevância do trabalho de enfermagem e identifica essa classe como protagonistas na assistência humanizada.

[...] Enfermagem atua como enfermeiro, psicólogo, assistente social, a tá ali pra tranquilizar a paciente pra passar pra ela a nossa experiência para conduzir bem esse trabalho de parto ser bem conduzido, que às vezes nem o médico faz tão bem esse serviço, mas a gente tem esse olhar, apurado com essa paciente, de explicar de ter um certo cuidado com a paciente pra conduzir bem esse trabalho de parto (P2).

[...] a enfermagem é considerada como a profissão que pode dizer que mais humanizada, e como a gente passa por vários cursos e na faculdade a gente tem cadeiras que orientam e muito bem e o médico ele é mais mecânico (P11).

[...] eu acho de muita importância, nosso trabalho é fundamental, não que dos outros seja até dos serviços gerais, eu acho que todo trabalho em conjunto ele é muito, é importante, o nosso é porque a gente acompanha do começo ao fim, da admissão da paciente a todo processo de trabalho de parto, a hora do parto, pós-parto até a alta (P7).

Classe 2: Parto Humanizado

Essa classe se refere ao conhecimento dos profissionais em relação ao parto humanizado. Observou-se que a grande maioria dos participantes apresentam a percepção de parto humanizado relacionado à autonomia da mulher e respeito as suas escolhas.

Parto humanizado ele é aquele ato onde o profissional busca desmedicalizar o parto o máximo possível e com isso deixando a mulher tomando o controle do trabalho de parto bem como procurar sempre oferecer algumas alternativas para que elas se sintam mais à vontade (P4).

O parto humanizado pra mim é um parto em que você dê condições a mãe de ter uma segurança sobre a vida que ela vai trazer ao mundo dar suporte e explicar como vai acontecer (P11).

[...] como você deve acolher de forma que ela se sintam mais à vontade possível em relação a posições que a mulher prefira muitas vezes a tem a posição horizontal sendo parto humanizado, mas se a mulher prefere aquela posição então ela é autora do seu próprio momento (P5).

O parto humanizado é aquele parto que a mulher ela é assistenciada do começo ao fim, e que ela tem um acompanhante da escolha dela [...] a gente conversa com ela, explica pra ela, pergunta pra ela se ela realmente está preparada, se ela tem alguma dúvida (P6).

[...] ela sentir o momento do parto é um momento muito especial para ela e ela sentir à vontade o máximo possível nesse parto e a fazer algumas manobras de conforto deixar a paciente à vontade (P2).

Classe 3: Práticas Humanizadas no Parto

O principal aspecto dessa classe diz respeito às práticas humanizadas realizadas ao parto. Através do processamento e análise de dados verificou-se que os participantes entendem as práticas como uso do cavalinho, exercício com a bola, banho, diálogo, orientações para o parceiro, deambulação e massagem de alívio, estão relacionadas e fazem parte de uma assistência humanizada.

[...] a gente começa a dar as orientações a ela, primeiramente a gente coloca ela na bola, faz os exercícios, explica pra ela a importância desses exercícios pra ajudar ela no parto (P6).

[...] ensinar a mulher os exercícios da bola, do cavalo que ela pode ficar de cócoras, agachamento, ajudar o pai nesse processo que as vezes o pai quer participar do parto, mas eles não sabem participar (P1).

[...] quando está na bola na posição que ela faz vai aliviar a dor quando vem a contração e são práticas que a gente realiza exercícios, massagens, banho, banho alivia muito a dor da mãe (P11).

[...] diretamente com a paciente mesmo orientações, orientações de deambular, de fazer a bola, de fazer até o cavalinho, o agachamento, explicar a ela as maneiras que podem abreviar esse parto de tornar esse parto menos doloroso pra ela (P2).

Classe 4: Assistência de enfermagem ao parto humanizado

As palavras que melhor se relacionam a esta classe fazem menção a como a assistência de enfermagem ao parto humanizado é iniciada, desde a entrada da mulher no centro de parto, até a assistência em si.

[...] a mãezinha chega a gente ajuda, orienta o que ela pode fazer pra poder a ajudar o parto, dar confiança, a gente chega no quarto a mãezinha tá cheia de dor, a gente conversa um pouco com ela tranquiliza mais, e passa confiança pra ela (P3).

Vai desde do atendimento da mulher, da gestante, a forma de você atender a gestante na triagem de forma humanizada, respeitando as dores, geralmente quando elas vem pra cá vem com muita contração, como aqui é centro de parto elas vão vim para parir, e tem que respeitar o tempo de contração da paciente (P1).

A gente acolhe a mãe assim que ela chega, no consultório a gente acolhe a mãe conversa explicando os procedimentos que serão realizados [...] (P11).

[...] Elas chegam no quarto, os quartos são maiores são individuais a mulher tem mais privacidade, respeitar o leito da mulher, respeitar as posições que a mulher quer pra ter o bebe mas sempre tendo o bom senso (P4).

Nesta mesma classe também, torna-se evidente o respeito e valorização que os profissionais de enfermagem têm em relação a presença do acompanhante.

Pra gente se colocar no lugar do outro, deixar a paciente a vontade, respeitar a vontade da paciente de conter o acompanhante que ela quiser no quarto, o esposo ou de preferência da paciente (P10).

[...] no parto, mesmo no quarto respeitar a escolha do acompanhante dela aqui no centro de parto acho que é único setor que respeita a escolha do acompanhante, até por ter mais estrutura (P2).

[...] aquela pessoa que ela considera o ícone da família dela o marido por exemplo pai e mãe e qualquer um outro parente ou acompanhante deposite confiança naquela pessoa então ter a confiança do profissional e mais a confiança do acompanhante isso se torna muito bom (P9).

DISCUSSÃO

Os participantes do estudo referem que equipe de Enfermagem é imprescindível em todo processo do parto, visto que a sua atuação se faz necessária para gerar segurança e liberdade a parturiente, fazendo com que a mesma se sinta mais à vontade possível e bem acolhida pela equipe⁹. Por meio, da assistência provida pelos profissionais de Enfermagem é possível proporcionar a mulher o primeiro contato pele a pele da com o bebê, como também as primeiras orientações sobre os cuidados em geral do bebê¹⁰.

No parto humanizado, os profissionais de Enfermagem atuam com vistas à garantir a parturiente uma maior segurança e conforto, sempre de forma respeitosa e com diálogo. Destarte, cria-se um vínculo com a paciente, o que possibilita o profissional reconhecer as fragilidades e assim compreender quais as intervenções devem ser executadas^{5,11}.

A atuação da Enfermagem frente ao parto humanizado requer de um profissional qualificado, sem prejulgamentos, sem danos e sem intervenções desnecessárias, além da disponibilidade de meios tecnológicos e infraestrutura apropriada das instituições. Aspectos como respeito, comunicação ativa, auxílio e orientação denotam o quão é importante é a assistência humanizada do profissional de enfermagem diante do parto¹².

A Enfermagem no cenário obstétrico é fundamental e insubs-

tituível, sobretudo no parto humanizado. Pois a mesma adota uma assistência empática, com equidade, de forma integral e individualizada para a parturiente. Diminuindo os anseios da mesma no processo de parto, proporcionando-a coragem e segurança¹³⁻¹⁴.

Diante disso, é indispensável que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada e capacitada para exercer essas funções de forma mais qualificada possível, portanto se faz importante que os programas de educação continuada das instituições de saúde abordem essa temática com maior frequência¹⁵.

Alguns autores destacam pontos importantes sobre o parto humanizado, aspectos como o cuidado integral, o respeito a fisiologia do parto, a desmedicalização do processo de parto, o ato de ouvir e respeitar escolha do acompanhante, além da utilização de práticas de humanização do parto que diminuem o desconforto mental e físico e da redução de intervenções desnecessárias que prejudicam o parto são recorrentes na literatura^{5,16-17}.

Fortalecendo esses aspectos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibilizou uma publicação intitulada *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, contendo recomendações e não recomendações que devem ser seguidas para uma assistência segura, positiva e humanizada¹⁸. É imprescindível que os profissionais de enfermagem saibam o significado da humanização no parto.

Nesta pesquisa os profissionais de Enfermagem entendem a promoção de medidas humanizadas no processo de parto são de suma importância para que esse momento seja vivenciado de uma forma confiante e enriquecedora para a mulher. Para que isso aconteça é necessário que o profissional, trate a mulher de forma humana, acolha, escute-a, respeite as posições, o tempo de contração da mulher, explique-a os procedimentos que serão realizados no parto. Além disso, é importante evitar medidas intervencionistas desnecessárias, e respeitar privacidade e a autonomia da parturiente¹⁹.

Corroborando com os achados desse estudo, observa-se que assistência desumanizada no processo de parto pode ocasionar uma experiência traumática e negativa para parturiente. Isto está relacionado com a falta de respeito do profissional com a autonomia da cliente, a impaciência durante o trabalho de parto, as dificuldades e limitações que a usuária apresenta²⁰.

Nesse contexto, é fundamental a presença de uma equipe humanizada, pois através de uma assistência qualificada pode-se dar mais segurança e confiança a mulher e sua família, tornando-os mais relaxados e calmos, diminuindo, assim, problemas interpessoais, emocionais e físicos²¹⁻²².

Para os participantes, o respeito da presença e escolha do acompanhante do paciente também é um dos pontos que reforça a assistência humanizada. A presença do acompanhante na hora do parto, é assegurada pela Lei 11.108, de abril de 2005²³ e é essencial para resgatar a efetividade, a referência familiar, como também o contexto psicológico e emocional, tão vulneráveis nos ambientes

hospitalares²⁴.

No que se refere ao direito à acompanhante, pesquisas apontam que as mulheres que possuem um acompanhante no momento do parto sentem-se mais seguras e calmas no decorrer desse processo, visto que a sua presença contribui para um menor tempo de trabalho de parto²⁵⁻²⁶.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação desse estudo está relacionada a sua realização em um único CPN, como também a dificuldade na coleta de dados devido a sobrecarga de trabalho no contexto dos profissionais da equipe de enfermagem. Desse modo, sugere-se a realização de novos estudos, com mais participantes e em múltiplos centros de parto, que possam vir a contemplar aspectos ainda não elucidados nessa pesquisa.

Contribuições para a prática

O estudo contribui para reflexão dos profissionais de enfermagem frente a assistência que é desenvolvida ao parto humanizado e situa esses trabalhadores em relação aos impactos positivos que a assistência humanizada e segura produz no serviço e, sobretudo na saúde da parturiente. Ademais, o estudo promove o reconhecimento e valorização da equipe de enfermagem na adoção de práticas humanizadas de parturição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se a importância da assistência do profissional de enfermagem ao parto humanizado, visto que os cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem no processo de parto são essenciais para que esse momento seja benéfico para as parturientes, e que as mesmas se sintam confortáveis e seguras.

Em relação ao conhecimento, constatou-se que os profissionais de enfermagem demonstraram conhecimento científico satisfatório sobre a assistência ao parto humanizado e sobre as práticas de humanização para a parturiente no processo de parto, como também identificaram que consequências podem ser apresentadas mediante uma assistência não humanizada.

Notou-se que muitas práticas consideradas importantes para o parto humanizado são colocadas em ação. Contudo, a realidade ainda apresenta desafios a serem superados, dentre eles a fragilidade na educação continuada da equipe de enfermagem.

Contribuições dos Autores: José Wellington Silva de Moura: Concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados. John Carlos de Souza Leite: Concepção e desenho do estudo; revisão crítica do manuscrito. Vinicius Rodrigues de Oliveira: Redação e revisão crítica do manuscrito. João Paulo Xavier Silva: Revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Barros LP, Souza CLT, Gonçalves LF, Gonzaga LN, Paula TA, Silva AM. O parto humanizado e seu impacto na assistência à saúde. RESU [Internet]. 2015 [cited 2018 Set 20]; 3(2):64-71. Available from: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/1387/1271>.
2. Nascimento FCV, Silva MP, Viana MRP. Assistência de enfermagem no parto humanizado. Rev Pre Infec e Saúde [Internet]. 2018 [cited 2018 Set 20]; 4:6887. Available from: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.6887>.
3. Silva DC, Rodrigues ARG, Pimenta CJL, Leite ES. Perspectiva das puérperas sobre a assistência de enfermagem humanizada no parto normal. REBES [Internet]. 2015 [cited 2018 Set 20]; 5(2):50-56. Available from: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3660/3317>.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 7 de jan de 2015; Seção 1. [Internet]. 2015 [cited 2018 Set 20]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
5. Almeida OSC, Gama ER, Bahiana PM. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. Revista Enfermagem Contemporânea [Internet]. 2015 [cited em 2018 Set 21]; 4(1):79-90. Available from: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.456>.
6. Possati ABI, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. Esc. Anna Nery Rev. Enferm [Internet]. 2017 [cited 2018 Set 21]; 21(4):1-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>.
7. Meyer, RD. A atuação do profissional de Gestão da Informação frente à pesquisa de marketing de uma empresa. Curitiba. Monografia [Bacharelado em Gestão da Informação] - Universidade Federal do Paraná; 2004. [Internet]. 2004 [cited 2018 Set 20]. Available from: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/48759/TCC%20Rute%20Daniele%20Meyer%20-%20Monografia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. Minayo, MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec; 2014.
9. Takemoto AY, Corso MR. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. Arquivo de Ciência da Saúde [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 5]; 17(2):117-127. Available from: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v17i2.2013.5002>.
10. Souza R, Alves V, Rodrigues D, Branco M, Lopes F, Santos M. Knowledge of nurses about the clinical management of breastfeeding: knowledge and practices. Rev Fun Care Online. [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 5]; 11(1):80-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/21755361.rpcfo.v11.6476%20%EF%BB%BF%EF%BB%BF>.
11. Moura RCM, Pereira TF, Rebouças FJ, Costa CM, Lernades AMC, Silva LAK et al. Nursing care in the prevention of obstetric violence. Enferm. Foco [Internet]. 2018 [cited 2020 Abr 09]; 9(4):60-65. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333/480>.
12. Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF, Dodt RCM, Moura DJM. Implementation of humanized care to natural child-birth. J Nurs UFPE on line. [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 5]; 2(10):593-599. Available from: <http://dx.doi.org/10.5205/revol.8557-74661-1-SM1002201628>.
13. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 6]; 21(1):1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170015>.

14. Barros FRB, Accioly LM, Freitas WFM, Andrade LL, Silva BKC, Araújo RO. Percepção das puérperas manauaras frente à assistência de enfermagem no preparo do trabalho de parto e nascimento. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 31]; 9(1):76-81. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1035/432>.
15. Andrade LFB, Rodrigues QP, Silva RCV. Good Partices in obstetric care and its interface with humanization of assistance. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 6]; 25:e26442. Available from: <https://doi.org/10.12957/ruerj.2017.26442>.
16. Monteiro MCM, Holanda VR, Melo GP. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 9]; 7:e1885. Available from: [10.19175/recom.v7i0.1685](https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1685).
17. Mselle LT, Kohi TW, Dol J. Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. *Reprod Health* [Internet]. 2018 [cited 2020 Abr 9]; 15(1):137. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6092851/>.
18. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. [Internet]. Geneva: WHO; 2018. [Internet]. 2018 [cited 2020 Abr 9]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
19. Alencar AJC, Silva AA, Gonçalves MM, Silva DMR, Silva MCT. Nursing care during humanized natural childbirth. *Id on Line* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mai 23]; 13(47):376-38. Available from: <http://dx.doi.org/10.14295/online.v13i47.2025>.
20. Silva FM, Silva ML, Araújo FNP. Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. *Rev Pre Infec e Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 9]; 3(4):25-34. Available from: <https://doi.org/10.26694/repis.v3i4.6924>.
21. Pereira SS, Oliveira ICMS, Santos JBS, Carvalho MCMP. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. *Tempus actas de saúde colet.*[Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 9]; 10(3):199-213. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1727/1682>.
22. Alves TCM, Coelho ASF, Sousa MC, Cesar NF, Silva PS, Pacheco LR. Contributions of the obstetrical nursing for the good practices in labor and vaginal delivery. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Abr 09]; 10(4):54-60. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2210>.
23. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 07 abr. 2005; 67, seção 1, p. 1. [Internet]. 2005 [cited 2020 Abr 09]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.html>.
24. Camacho KG, Progianti JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 5]; 15(3):648-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>.
25. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NSA. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 9]; 18(2):282-269. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>.
26. Giraldo D, González E, Henao C. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Av. Enferm.* [Internet] 2015 [cited 2020 Abr 9]; 33(2):271-81. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42279/54803>.

CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA SOBRE SEPSE

Erick Guilherme Claudino Ferreira¹
Cassia Regina Vancini Campanharo¹
Luiz Humberto Piacezzi¹
Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes Rezende¹
Ruth Ester Assayag Batista¹
Carla Roberta Monteiro Miura¹

<https://orcid.org/0000-0001-6123-9371>
<https://orcid.org/0000-0002-7688-2674>
<https://orcid.org/0000-0001-8855-5630>
<https://orcid.org/0000-0002-8989-4404>
<https://orcid.org/0000-0002-6416-1079>
<https://orcid.org/0000-0003-3528-3568>

Objetivo: Avaliar o conhecimento sobre sepse dos enfermeiros de um serviço de emergência. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, desenvolvido em Hospital Universitário, com 41 enfermeiros. Os dados sociodemográficos, de trabalho e de conhecimento sobre sepse foram coletados por meio de instrumentos estruturados e analisados utilizando-se estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** 11(26,83%) relataram ter tido conteúdo de sepse no treinamento admissional. A maioria das questões obtiveram maior índice de acertos do que erros. As que obtiveram baixo índice de acertos tratavam de definição (2;4,76%) e do tempo máximo para início da antibioticoterapia (17;40,48%). **Conclusão:** Verificou-se desatualização quanto aos protocolos mais recentes sobre definição e gerenciamento da sepse. Assim, este estudo sinaliza a necessidade de medidas institucionais para fixação e atualização deste conteúdo.

Descritores: Enfermeiros; Conhecimento; Sepse; Serviço Hospitalar de Emergência.

NURSES' KNOWLEDGE OF AN EMERGENCY SEPSIS SERVICE

Objective: To evaluate the knowledge about sepsis of nurses in an emergency service. **Method:** Cross-sectional, quantitative study, developed at a University Hospital. Involved 41 nurses, the sociodemographic, work and sepsis knowledge data were collected through structured instruments and analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** 11 (26.83%) reported having sepsis content in admission training. Most of the questions got higher hit rate than errors. Those with low success rates were definition (2; 4.76%) and maximum time to start antibiotic therapy (17; 40.48%). **Conclusions:** Nurses were outdated regarding the most recent protocols on sepsis definition and management. Thus, this study points to the need for institutional measures to consolidate and update this content.

Descriptors: Nurses; Knowledge; Sepsis; Emergency Service, Hospital.

CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS DE UN SERVICIO DE SEPSIS DE EMERGENCIA

Objetivo: Evaluar el conocimiento sobre la sepsis de los enfermeros en un servicio de emergencia. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo, desarrollado en un hospital universitario. Participaron 41 enfermeros, los datos de conocimiento sociodemográfico, laboral y de sepsis se recopilaron a través de instrumentos estructurados e se analizaron mediante estadísticas descriptivas e inferenciales. **Resultados:** 11 (26.83%) informaron tener contenido de sepsis en la admisión. La mayoría de las preguntas obtuvieron una mayor tasa de aciertos que los errores. Aquellos con bajas tasas de éxito fueron la definición (2; 4.76%) y el tiempo para comenzar la terapia con antibióticos (17; 40.48%). **Conclusiones:** Los enfermeros estaban desactualizadas con respecto a los protocolos más recientes sobre definición y manejo de sepsis. Este estudio señala la necesidad de medidas institucionales para consolidar y actualizar este contenido.

Descriptores: Enfermeras; Conocimiento; Sepsis; Servicio de Urgencia en Hospital.

¹Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A sepse é considerada uma importante causa de morbidade e mortalidade. São cerca de 20 a 30 milhões de casos de sepse anualmente em todo o mundo, com altos índices de óbito. No Brasil, ocorrem cerca de 600 mil casos por ano, com 250 mil óbitos, o que corresponde à 16,5% das causas de óbito do país, caracterizando a sepse como um problema de saúde pública.^{1,2}

O SPREAD (Sepsis PREvalence Assessment Database)⁽³⁾, um estudo prospectivo de prevalência em 1 único dia, que avaliou a epidemiologia da sepse em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) para adultos, localizadas no Brasil, compreendeu um total de 1.690 UTIs e 19.316 leitos e mostrou uma incidência de sepse nas UTIs de 36,3 casos por mil pacientes-dias e alarmante mortalidade hospitalar de 55,7%.

A sepse refere-se à uma disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção.^{4,5} O choque séptico é uma anormalidade circulatória e celular/metabólica, secundária a sepse, o suficiente para aumentar significativamente a mortalidade. Requer a presença de hipotensão, com necessidade de vasopressores para manter a pressão arterial média \geq 65mmHg e o lactato \geq 2mmol/L, após adequada ressuscitação volêmica.²

O reconhecimento e tratamento precoces da sepse estão associados a melhores resultados nesses pacientes. Com o propósito de continuar a reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas a disfunção orgânica e choque séptico são propostas intervenções conhecidas como pacotes de cuidados para os pacientes com sepse e choque séptico.^{6,1}

Para o reconhecimento da sepse é importante a checagem dos sinais vitais, pois alterações dos padrões de normalidade são indicativos de sepse, como alteração da pressão arterial e da saturação de oxigênio.⁽⁷⁾ Como o serviço de emergência é, comumente, a porta de entrada onde é realizado o atendimento inicial, e considerando que os profissionais de enfermagem são os primeiros a abordarem esses pacientes, ressalta-se a importância destes profissionais saberem reconhecer os sinais e sintomas sugestivos de sepse e as intervenções a serem realizadas.^{6,1}

A partir da suspeita de sepse, o enfermeiro deve contatar a equipe médica, avaliar a necessidade de oxigênio e acesso venoso, e após prescrição médica iniciar o pacote de 1 hora, que inclui coleta de

lactato arterial, com resultado apresentado em no máximo 30 minutos; coleta de hemoculturas e culturas de sítios pertinentes, antes da administração de antibiótico, mas sem atrasar o início da terapia antimicrobiana. Coleta de outros exames, que incluem gasometria e lactato arterial, hemograma, creatinina, bilirrubinas e coagulograma. Em até uma hora, e após a coleta das hemoculturas, o médico responsável deve consultar o guia da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), prescrever a terapia antimicrobiana, de acordo com os princípios de farmacocinética e farmacodinâmica para otimização da terapia antimicrobiana e notificar o enfermeiro responsável para a administração imediata da medicação. Caso seja descartada a hipótese de sepse, o antimicrobiano pode ser suspenso.²

Pacientes hipotensos ou com sinais de hipoperfusão, incluindo hiperlactatemia inicial, devem receber infusão imediata de 30ml/kg de cristaloides dentro da 1ª hora do diagnóstico de hipoperfusão, para dar início a ressuscitação volêmica. Após a realização da reposição volêmica, se o paciente apresentar PAM $<$ 65mmHg, devem ser administrados vasopressores, sendo a Noradrenalina a droga de primeira escolha. Dentro de 2 a 4 horas após o início da ressuscitação volêmica, deve-se solicitar novas doses para os pacientes que apresentarem lactato alterado a partir de duas vezes acima do valor de referência, além de investigar outras causas de hiperlactatemia, que não a hipoperfusão tecidual.²

Deve ser realizada a reavaliação das 6 horas em pacientes que apresentem hiperlactatemia, choque séptico ou sinais de hipoperfusão tecidual: deve-se realizar reavaliação da continuidade da ressuscitação volêmica; realizar rapidamente transfusão em pacientes com hemoglobina abaixo de 7mg/dl e sinais de hipoperfusão; Monitorar o paciente através de pressão arterial invasiva; monitorizar efeitos de pós carga, evitando um episódio hipertensivo.²

Após a identificação da sepse, o enfermeiro responsável deve instituir as intervenções de enfermagem para o paciente, pensando nas especificidades, de acordo com o foco infeccioso e, principalmente, no risco de choque séptico, tendo em vista que o reconhecimento e tratamento precoces estão diretamente relacionados a melhor prognóstico. Dentre as principais intervenções de enfermagem destacam-se a monitorização hemodinâmica, respiratória e do nível de consciência.²

Estudo que avaliou a implementação de cuidados direcionados por enfermeiros para promover a identificação oportuna e o tratamento precoce da sepse no serviço de emergência, mostrou que a atuação do enfermeiro é capaz de melhorar a adesão aos pacotes de cuidado e reduzir as taxas de mortalidade relacionadas à sepse no hospital.⁸ Por outro lado, estudo que avaliou o conhecimento da equipe de enfermagem mostrou que muitos profissionais, apesar de saberem algo sobre sepse, estão desatualizados, o que prejudica a identificação desta condição. Além disso, muitos profissionais, também, não sabem quais condutas devem ser tomadas após o diagnóstico.^(6,1)

Em reconhecimento a magnitude do problema que a sepse representa, e tendo em vista a importância do reconhecimento e da aplicação dos protocolos de sepse precocemente, é fundamental a avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o assunto. A partir da identificação de possíveis lacunas no conhecimento destes profissionais sobre o tema, intervenções específicas podem ser implementadas o que pode melhorar o processo assistencial e os desfechos desses indivíduos.

OBJETIVO

Estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento sobre sepse dos enfermeiros de um serviço de emergência de um hospital público de grande porte.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo transversal e analítico do tipo quantitativo.

Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em hospital universitário de grande porte da cidade de São Paulo.

Participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo, 41 enfermeiros do serviço de emergência do referido hospital, de todos os turnos de trabalho, que voluntariamente concordaram em participar da pesquisa assinando um termo de consentimento informado.

Foram excluídos aqueles que estiveram ausentes, por férias ou licença, no período da coleta de dados, além dos enfermeiros que se recusaram a participar da pesquisa, totalizando sete enfermeiros excluídos do estudo.

Coleta de dados

O pesquisador compareceu na unidade de emergência, nos diferentes turnos de trabalho, e convidou os trabalhadores a participarem da pesquisa e responderem aos questionários entre os meses de agosto e setembro de 2019.

Os dados sociodemográficos e de trabalho foram coletados por meio de um instrumento estruturado elaborado pelos pesquisadores, e o conhecimento dos enfermeiros sobre sepse foi verificado por meio de outro instrumento estruturado, criado pelos pesquisadores com base na literatura recente sobre o assunto, que trata-se, do Consenso Internacional de Definições Sepse-3³, e o protocolo de gerenciamento de sepse do Instituto Latino Americano de Sepse⁽⁷⁾. O instrumento foi composto por 14 questões objetivas, que abordaram os seguintes assuntos relacionados à sepse: sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e complicações. O questionário foi aplicado sob observação direta do pesquisador, evitando eventuais consultas, não havendo limite de tempo para o completo preenchimento do questionário.

Análise e tratamento dos dados

Após o término da coleta, os dados foram agrupados em planilha do programa Microsoft Excel versão 2016, e apresentados em forma de gráficos e tabelas utilizando-se a estatística descritiva e inferencial.

Aspectos éticos

Os dados foram coletados mediante aprovação do Comitê da Ética da Universidade Federal de São Paulo (Parecer nº 3.346.040/CAAE nº12625219.8.0000.5505) e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS

Dados sociodemográficos e de trabalho

Os sujeitos da pesquisa tinham idade média de 32 anos, variando de 21 a 50 anos, 28 (68,29%) eram do sexo masculino, 23 (56,10%) da cor branca, 23 (57,5%) de estado civil solteiro, 31 (77,5%) residentes na região Sudeste, sendo 12 (30,77%) procedentes da cidade de São Paulo, 31 (75,61%) deles tinham cursado pós-graduação, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros do serviço de emergência segundo variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2019.

Variável	Categoria	n	%	média	(min - max)
Idade	-	-	-	32	21-50
Gênero	masculino	13	31,71	-	-
	feminino	28	68,29	-	-
	outro	0	0	-	-
naturalidade	Norte	2	5	-	-
	Nordeste	4	10	-	-
	Sul	2	5	-	-
Cor	Sudeste	31	77,5	-	-
	Centro-oeste	1	2,5	-	-
	Branca	23	56,10	-	-
estado civil	Parda	11	26,83	-	-
	Preta	5	12,20	-	-
	Indígena	0	0	-	-
	amarela	2	4,88	-	-
	Solteiro	23	57,50	-	-
escolaridade	União estável	3	7,50	-	-
	casado	10	25	-	-
	divorciado/separado	4	10	-	-
escolaridade	viúvo	0	0	-	-
	Superior	10	24,39	-	-
	Pós -graduação	31	75,61	-	-

Dentre os sujeitos, 17(41,46%) eram do turno da noite e 16 (39,02%) da noite, tinham em média 5,31 anos de formados, com tempo médio de atuação na enfermagem de 4,43 anos e de 2,94 anos no serviço emergência, variando de um mês a 13 anos.

Tabela 2 - Caracterização dos enfermeiros do serviço de emergência segundo variáveis de trabalho. São Paulo, 2019.

Variável	Categoria	n	%	Média (anos)	min - max (anos)
Tempo de formado	-	-	-	5,31	0,5-14
Tempo de atuação	-	-	-	4,43	0,08-13
Tempo de atuação na emergência	-	-	-	2,94	0,08-13
Turno de trabalho	manhã	8	19,51	-	-
	tarde	16	39,02	-	-
	noite	17	41,46	-	-

Contato prévio com o conteúdo de sepse

Dos sujeitos participantes da pesquisa, 39 (95,12%) referiram ter tido o conteúdo de sepse na graduação, sendo que numa escala variando entre excelente, muito bom, bom, regular e ruim, 16 (41,03%) avaliou o conteúdo recebido como na graduação como sendo “bom”.

Entre aqueles com nível de pós-graduação, 25

(62,50%) referiram ter tido o conteúdo de sepse no curso e entre aqueles que avaliaram o conteúdo, a maioria classificou - o como “excelente”, 9 (34,62%).

Onze dos enfermeiros (26,83%), referiram ter tido esse conteúdo no treinamento admissional, sendo que o conteúdo do treinamento foi considerado como “bom” por 6 deles (46,15%).

Tabela 3 - Caracterização dos enfermeiros do serviço de emergência segundo contato prévio com o conteúdo de sepse. São Paulo, 2019.

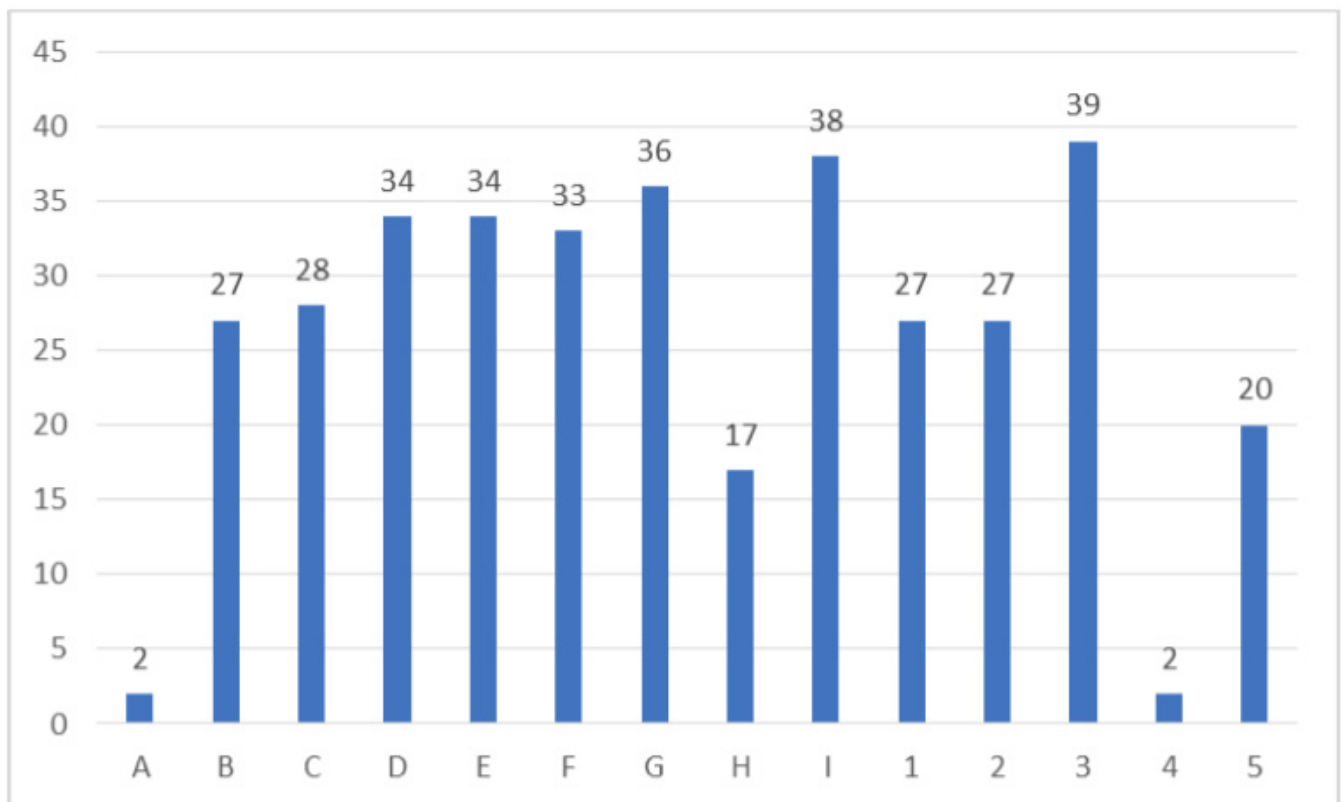
Variável	Categoria	n	%
Conteúdo de sepse na graduação	Sim	39	95,12
	Não	2	4,88
Conteúdo de sepse na pós-graduação	Sim	25	62,50
	Não	4	10
	Não se aplica	11	27,50
Conteúdo de sepse em treinamento admissional	Sim	11	26,83
	Não	30	73,17

Conhecimento sobre sepse

Ao avaliar as respostas do questionário para avaliação do conhecimento sobre sepse, observou-se que a

média de acertos por profissional foi de 8,6 (61,90%) de 14, variando de 5 (35,71%) até 13 (92,86%) acertos, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1. - Número de acertos por questão. São Paulo, 2019.



A maioria das questões obteve maior índice de acertos do que erros. A questão que obteve maior número de acertos (39; 92,86%) versava sobre diagnóstico diferencial entre Sepse, Síndrome de resposta inflamatória sistêmica, Choque séptico e suspeita de infecção do trato urinário.

Duas questões apresentaram índices muito baixos de acerto (2; 4,76%), uma delas sobre a definição de sepse e outra sobre diagnóstico diferencial entre Sepse, Síndrome de resposta inflamatória sistêmica, Choque séptico e Osteomielite, sendo que 22 (52,38%) de 41 indivíduos, selecionou "Síndrome de resposta inflamatória sistêmica" como sendo o diagnóstico compatível para o caso descrito, quando a resposta correta era Sepse.

Apenas 17 (40,48%), acertaram a questão referente ao tempo máximo indicado para início da antibioticoterapia.

DISCUSSÃO

Considerando os resultados da pesquisa, em que 95,12% dos entrevistados receberam o conteúdo de sepse durante a graduação e, dentre eles, 62,5% o receberam novamente durante o curso de pós-graduação, o resultado da presente pesquisa apresenta uma média de acertos aquém do esperado, 61,9%.

Essa média de acertos pode ser influenciada por uma não continuidade da educação fora do ambiente acadêmico, aonde apenas 26,83% dos entrevistados disseram ter recebido o conteúdo de sepse em seu treinamento admissional. Estudo que mostrou uma desatualização dos enfermeiros quanto ao conteúdo de sepse também sinalizou que apenas 16,6% dos profissionais receberam treinamentos em serviço sobre o tema e 10% dos entrevistados conheciam algum protocolo clínico de gerenciamento de sepse⁹.

Os sujeitos da pesquisa tiveram um baixo índice de acertos sobre o tempo de início da antibioticoterapia e sobre o diagnóstico de sepse. Esse achado sinaliza uma falta de atualização quanto a nova definição de sepse do Sepsis-3³, bem como quanto ao protocolo de gerenciamento de sepse do Instituto Latino-Americano de Sepse⁷, que tratam -se de orientações mundiais, e portanto, devem ser de conhecimento dos profissionais atuantes. Dados esses que sinalizam para a necessidade de que este tema seja abordado no ambiente profissional, tanto na admissão, quanto em programas institucionais, por meio da educação continuada.

Um estudo australiano¹⁰, também envolvendo enfermeiros do setor de emergência, igualmente mostrou conhecimento deficiente quanto aos critérios diagnósticos e indicadores clínicos de identificação da sepse.

Estudo¹¹ que buscou verificar a aplicação do algoritmo da sepse por enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia In-

tensiva situada no Vale do Paraíba, evidenciou que 55% dos enfermeiros não souberam responder a sequência correta do atendimento ao paciente com sepse nas primeiras seis horas, apenas 65% apontaram corretamente o momento da realização de culturas, quanto as terapias de suporte no tratamento da sepse, 55% selecionaram a afirmativa incorreta e apenas 5% soube informar sobre o tempo de redução da dosagem do lactato.

O profissional enfermeiro, sem um suporte educacional de longo prazo, tende a não se atualizar autonomamente, ficando desatualizado sobre as novas diretrizes, protocolos e definições. Isto fica comprovado em diversos estudos realizados, tanto sobre sepse^{11,12,13}, quanto sobre outras temáticas de atuação do enfermeiro¹⁴, em estudos desenvolvidos no Brasil e em demais nacionalidades¹⁵. Como fatores que influenciam negativamente na participação de profissionais de enfermagem na educação permanente, pode-se citar o quantitativo do pessoal de enfermagem e o horário das atividades.¹⁶

A instauração de medidas de educação permanente, impactam positivamente no nível de conhecimento, na prática e na gestão do cuidado, como mostra o resultado de outras pesquisas realizadas que avaliaram o conhecimento do enfermeiro após receber algum tipo de treinamento educacional, como por exemplo, uma pesquisa¹⁷, que avaliou o impacto da implementação do protocolo de sepse, quanto ao tempo para administração inicial de antibióticos e mortalidade hospitalar, que mostrou significativa melhora após implantação do treinamento.

Outro estudo¹⁸, também desenvolvido com enfermeiros do setor de emergência, mostrou que após algumas intervenções, dentre elas uma intervenção educativa, houve redução do tempo de implementação do pacote de sepse, assim como o tempo médio de administração do antibiótico também diminuiu, além de uma queda de 5,9% da mortalidade geral por sepse, quando se comparou dados pré e pós intervenção.

No processo de educação dos profissionais da saúde, entende-se como educação permanente qualquer tipo de atividade de capacitação caracterizado pela relação com o processo de trabalho institucional.

Uma prática pedagógica motivadora e interativa utilizada no treinamento de profissionais, pode ser um excelente meio de motiva -los a transformar a realidade em que estão inseridos e implementar cuidados seguros e baseados em evidências científicas. As metodologias interativas educacionais se identificam com o conceito contemporâneo de ensino, que considera o aprendiz como o centro do processo e construtor da sua aprendizagem, capaz de resolver problemas em situações muito próximas às reais e com a possibilidade de avaliação formativa e continuada.

Estudos nacionais¹⁹ e internacionais^{20,21} têm mostrado que o uso da simulação clínica no treinamento de enfermeiros é capaz de promover aumento significativo da confiança, autoeficácia e do julgamento clínico acerca do reconhecimento precoce e manejo da sepse, culminando com a melhora dos desfechos dos pacientes.

Dentro deste contexto, a Simulação realística, especificamente a simulação de alta fidelidade, mostra-se como uma excelente metodologia para aquisição de habilidades e competências que tem adquirido especial destaque na educação em saúde, atendendo à crescente preocupação com a segurança do paciente e profissional^{19,22}, e portanto sugerimos seu emprego na educação continuada de enfermeiros, com o intuito de aumentar o índice de desfechos positivos dos pacientes em relação à sepse.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta a limitação de ter sido realizado apenas com enfermeiros de um único setor hospitalar, de um único hospital, em apenas um país. Apresenta também a limitação de ter utilizado um questionário autoral, que, no entanto, poderá ser utilizado em novas pesquisas deste tema, aumentando o valor atribuído ao mesmo.

Contribuições para a prática

Apesar das limitações descritas, o presente estudo é importante na medida em que contribuiu para o corpo de conhecimento sobre como os enfermeiros de emergência reconhecem e respondem a pacientes com sepse, além disso, corrobora outros estudos que apontam para a necessidade de medidas de educação permanente contínuas, com vistas ao aprimoramento profissional, resultando em um atendimento mais eficiente, seguro e com melhor gestão do cuidado.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que os profissionais enfermeiros sujeitos da pesquisa possuem conhecimento sobre sepse, porém com conteúdos desatualizados, especialmente no que se refere às novas definições e diretrizes de atendimento à sepse, o que é alarmante, haja visto que o enfermeiro do serviço de emergência representa uma das primeiras linhas de defesa de um paciente contra a sepse, através do reconhecimento precoce e abrangente, bem como por meio do conhecimento de planos de tratamento atuais e baseados em evidências.

Apoiando-se no pressuposto pedagógico de discussão da realidade com base nos elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, sugerimos o uso de metodologias ativas de aprendizagem, dentre algumas delas, ganha destaque a simulação clínica de alta fidelidade, onde os profissionais, por meio de cenários simulados criados a partir da sua realidade, podem desenvolver o pensamento crítico e treinamento dos mais atuais protocolos sem risco de danos a eles mesmos ou pacientes.

Contribuições dos Autores: Erick Guilherme Claudino Ferreira e Cassia Regina Vancini Campanharo responsáveis por todas as etapas do estudo assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte; Luiz Humberto Piacuzzi, contribuições substanciais para o desenho do estudo, análise e interpretação de dados e elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo; Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes Rezende e Ruth Ester Assayag Batista, contribuições substanciais para a aquisição e interpretação de dados do estudo e aprovação da versão final a ser publicado; Carla Roberta Monteiro Miura, responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte.

REFERÊNCIAS

1. Melech CS, Paganini MC. Avaliação do conhecimento de médicos e equipe de enfermagem nas ocorrências de sepse. *Revista Médica da UFPR*. 2015 [citado em 2018 dez. 20]; 3(3):127-132. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/47544>.
2. 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. São Paulo: COREN-SP, 2017 [citado em 2018 dez. 20]. Disponível em: <http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sepse-um-problema-de-saude-publica-coren-ilas.pdf>.
3. Machado FR, Cavalcanti AB, Bozza FA, Ferreira EM, Angotti Carrara FS, Sousa JL et al. The epidemiology of sepsis in Brazilian intensive care units (the Sepsis PREvalence Assessment Database, SPREAD): an observational study. *Lancet Infect Dis*. 2017 [citado em 2018 dez. 20];17(11):1180-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309917303225?via%3Dihub>
4. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* [Internet]. 2016 Feb; [citado em 2019 fev. 20]; 315(8):801-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

5. Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, Seymour CW, Liu VX, Deuschman CS et al. Sepsis Definitions Task Force. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3); [online]; JAMA. 2016 [citado em 2018 dez. 20]; 315(8):775-87. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492876>.
6. Pinheiro WR, Lopes KRF, Akerman M, Batista HMT, Bernardo GP, Bernardo LP et al. Grau de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o protocolo de sepse nas UTI's e nas unidades de emergência do Cariri, Ceará, Brasil; Biomedical & Health Sciences [Internet]. 2017 [Citado em 2018 dez. 20]. 1(1):18-28. Disponível em: <https://studylibpt.com/doc/3991553/grau-de-conhecimento-dos-profissionais-de-sa%C3%BAde-sobre-o-p...>
7. Instituto Latino-Americano de Sepse. Implementação de protocolo gerenciado de sepse: protocolo clínico. Atendimento ao paciente adulto com sepse/choque séptico [Internet]. 2017 Jun; [citado em 2019 fev. 20]. Available from: <https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-detratamento.pdf>
8. Ferguson A, Coates DE, Osborn S, Blackmore CC, Williamns B. Early Nurse-Directed Sepsis Care. Am J Nurs 2019 [citado em 2019 out. 27]; 119(1): 52-58. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30589710>
9. Goulart LS, Junior MAF, Sarti ECFB, et al. Os enfermeiros estão atualizados para o manejo adequado do paciente com sepse? Escola Anna Nery [internet]. 2019 Jan [Citado em 2019 set. 23]; 23(4):e20190013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000400208&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt.
10. Harley A, Jonhnston ANB, Denny KJ, Keijzers G, Crilli J, Massey D. Emergency nurses knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: a qualitative study. Int Emerg Nurs. 2019 [citado em 2019 set. 23];43:106-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330858742_Emergency_nurses'_knowledge_and_understanding_of_their_role_in_recognising_and_responding_to_patients_with_sepsis_A_qualitative_study
11. Peninck PP, Machado RC. Aplicação do algoritmo da sepse por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Rene 2012 [citado em 2019 out. 27];13 (1):187-99. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3793>
12. Almeida APSR, Belchior PK, Lima MG, Souza LP. Conhecimento do profissional enfermeiro a respeito da sepse. BJS-CR. 2013 [Citado em 2019 set. 23] 4(4):05-10. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/bjs-cr>.
13. Delaney MM, Friedman MI, Fitzpatrick JJ. Impact of a Sepsis Educational Program on Nurse Competence. J Contin Educ Nurs. 2015 [Citado em 2019 set. 23] 46(4):179-186. Disponível em: <https://www.healio.com/nursing/journals/jcen/2015-4-46-4/%7B682b52b2-aaae-4d4c-ac55-96019053e58e%7D/impact-of-a-sepsis-educational-program-on-nurse-competence>.
14. Nascimento RAM, Assunção MSC, Junior JMS, Amendola CP, et al. Conhecimento do enfermeiro para identificação precoce da injúria Renal Aguda. Rev. Esc. Enferm.USP. 2016 [Citado em 2019 set. 23] 50(3):399-404. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000300399&lng=en&tlang=en.
15. Storozhuk AS, MacLeod MLP, Freeman S, Banner D. A survey of sepsis knowledge among Canadian emergency department registered nurses. Australias. Emerg. Care. 2019 Jun [Citado em 2019 Set. 23] 22(2):119-125. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2588994X19300077?via%3Dihub>.
16. Tibola TSA, Cordeiro ALP de C, Stacciarini TSG, Engel RH, Costa DG, Haas VJ. Fatores que influenciam a participação dos profissionais de Enfermagem na Educação Permanente em Hospital Público. Enferm Foco [Internet] 2019 [Citado em 2020 Jul. 15] 10(2):11-16. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2044/532>.
17. Bruce HR, Maiden J, Fedullo PF, Kim SC. Impact of Nurse-Initiated ED Sepsis Protocol on Compliance With Sepsis Bundles, Time to Initial Antibiotic Administration, and In-Hospital Mortality. J Emerg Nurs. 2015 Mar [Citado em 2019 Set. 23] 41(2): 130-137. Disponível em: [www.jenonline.org/article/S0099-1767\(14\)00584-4/fulltext](https://jenonline.org/article/S0099-1767(14)00584-4/fulltext)
18. Threatt DL. Improving Sepsis Bundle Implementation Times: A Nursing Process Improvement Approach. J Nurs Care Qual. 2019 [Citado em 2019 Set. 26]doi: 10.1097/NCQ.0000000000000430. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31290779>
19. Davis AH, Hayes SP. Simulation to Manage the Septic Patient in the Intensive Care Unit. Crit Care Nurs Clin North Am. 2018 Set [Citado em 2019 Set. 23] 30(3):363-377. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899588518309523?via%3Dihub>.
20. Carvalho LR. Julgamento clínico e autoeficácia de enfermeiros para o manejo da sepse: uso da simulação clínica. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos;2018.
21. Herron JBT, Harbit A, Dunban JAT. Subduing the killer - sepsis; through simulation. BMJ Evid Based Med. 2019 [Citado em 2019 Set. 27];24 (1):26-9. Disponível em: <https://ebm.bmj.com/content/24/1/26.long>
22. Pazin Filho A, Scarpelini S. Simulação: definição. Medicina (Ribeirão Preto). 2007 [Citado em 2019 Set. 24] 40(2):162-6. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n2/2_simulacao_definicao.pdf

NÍVEL DE CONFORTO NA DIMENSÃO SEGURANÇA DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Edineia Miranda Machado¹
Tatiana Brusamarello¹

<https://orcid.org/0000-0002-5767-196X>

<https://orcid.org/0000-0002-8060-8723>

Objetivo: Verificar o nível de conforto na dimensão segurança de familiares de pacientes internados em leitos de Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado no período de junho a setembro de 2019, com 40 familiares de pacientes internados em leitos de Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário do sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio da Escala de Conforto para Familiares de Pessoas em Estado Crítico de Saúde e analisados por estatística descritiva simples. **Resultados:** Dos familiares entrevistados a maioria era do sexo feminino, com faixa etária de 40 a 59 anos, parentes de primeiro grau, com ensino médio completo. A média geral do nível de conforto em relação a dimensão segurança foi de 4,36 para Unidade de Terapia Intensiva I e 4,31 para a Unidade de Terapia Intensiva II, resultando em médio conforto. **Conclusão:** O nível de conforto na dimensão segurança mostrou-se médio, evidenciando reflexos positivos da inclusão familiar no contexto hospitalar relacionado ao acolhimento, interação com a equipe de saúde e confiabilidade no cuidado prestado.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Família; Cuidados Críticos.

COMFORT LEVEL IN THE SAFETY DIMENSION OF FAMILY MEMBERS OF PATIENTS HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNIT

Objective: To verify the level of comfort in the safety dimension of family members of patients admitted to beds in the Intensive Care Unit. **Method:** Quantitative, descriptive, cross-sectional study, carried out from June to September 2019, with 40 family members of patients admitted to beds in the Intensive Care Unit of a university hospital in southern Brazil. The data were collected using the Comfort Scale for Family Members of People in Critical Health and analyzed using simple descriptive statistics. **Results:** Of the interviewed family members, most were female, aged 40 to 59 years old, first-degree relatives, with high school education. The general average of the comfort level in relation to the safety dimension was 4.36 for the Intensive Care Unit I and 4.31 for the Intensive Care Unit II, resulting in medium comfort. **Conclusion:** The level of comfort in the safety dimension was shown to be medium, showing positive reflexes of family inclusion in the hospital context related to welcoming, interaction with the health team and reliability in the care provided.

Descriptors: Nursing Care; Family; Critical Care.

NIVEL DE CONFORT EN LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD DE LOS FAMILIARES MIEMBROS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTENSIVA

Objetivo: Verificar el nivel de confort en la dimensión de seguridad de los familiares de pacientes hospitalizados en camas de la Unidad de Cuidados Intensivos. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado de junio a septiembre de 2019, con 40 familiares de pacientes ingresados en camas en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados usando la Escala de Confort para los miembros de la familia de personas en estado crítico de salud y analizados usando estadísticas descriptivas simples. **Resultados:** De los familiares entrevistados, la mayoría eran mujeres, de 40 a 59 años, familiares de primer grado, con educación secundaria. El promedio general del nivel de comodidad en relación con la dimensión de seguridad fue 4.36 para la Unidad de Cuidados Intensivos I y 4.31 para la Unidad de Cuidados Intensivos II, lo que resultó en un confort medio. **Conclusión:** Se demostró que el nivel de comodidad en la dimensión de seguridad era medio, mostrando reflejos positivos de inclusión familiar en el contexto hospitalario relacionados con la acogida, la interacción con el equipo de salud y la confiabilidad en la atención brindada.

Descriptores: Atención de Enfermería; Familia; Cuidados Críticos

¹Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Culturalmente as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) remetem aos pacientes e familiares uma ideia de gravidade associada com a perda. Consequentemente, a internação nestes ambientes muitas vezes ocasiona momentos de estresse, sentimentos de incerteza, negação, desespero, culpa, ansiedade e até mesmo medo da morte do familiar internado¹⁻². Neste sentido é necessário compreender a família como parte importante desse processo, no qual o paciente e a família devem ser vistos como uma unidade de cuidado, tendo em vista que a assistência prestada a um deles reflete no outro³.

No entanto, ressalta-se que nos ambientes de assistência ao paciente crítico, predominantemente a atenção dos familiares fica centrada na condição de ameaça à vida de seu parente e na evolução do seu estado de saúde. O que implica ações que produzem desconforto para com elas mesmas, como não se alimentar, não conseguir descansar, menosprezar os próprios problemas de saúde e verbalizar pouco suas angústias e medos⁴.

O conforto pode ser entendido de maneira geral como uma experiência subjetiva de natureza multidimensional que se modifica no tempo e espaço, dependendo dos objetos com os quais o indivíduo interage. É um fenômeno complexo, que depende do contexto social, econômico e cultural das pessoas, podendo ser caracterizado como um estado e/ou um sentimento, pois aborda questões biopsicossociais e ambientais⁵.

Destaca-se que, no ambiente hospitalar, a promoção do conforto vai além da esfera ambiental, abrange interações dos familiares com a competência técnico-científica, ética e humanística da equipe de saúde. E também é influenciada pela capacidade e estratégias de enfrentamento utilizadas por eles, sustentadas pelas suas experiências anteriores⁶.

Considerando-se a escassez de trabalhos que abordem essa temática na perspectiva da família e, entendendo o conforto deste grupo como uma das metas do cuidado de enfermagem torna-se indispensável aproximar-se da compreensão desse fenômeno, tendo como base o conforto e o desconforto gerado a eles durante o período vivenciado dentro do ambiente hospitalar. Destarte, no ano de 2014, Freitas validou a Escala de Conforto para Familiares de Pessoas em Estado Crítico de Saúde (ECONF). Uma escala nacional, desenvolvida para mensurar o nível de conforto desta população em especial⁷.

Acredita-se que, conhecer as causas de desconforto, pode fomentar ações que venham potencializar ações de conforto a esta clientela, dando oportunidades à equipe de criar espaços de discussões e compartilhamentos das dificuldades encontradas no ambiente de trabalho, para assim con-

tribuir na humanização da assistência prestada aos familiares.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo verificar o nível de conforto na dimensão segurança de familiares de pacientes internados em leitos de Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

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

LOCAL DO ESTUDO

Realizado no período de junho a setembro de 2019 em dois serviços de terapia intensiva de uma Unidade de Cuidado Intensivo de um hospital universitário de grande porte da região sul do Brasil.

PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram 40 familiares de pessoas internadas, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter um familiar adulto na UTI com mais de 24 horas de internação; ter realizado pelo menos uma visita ao seu familiar; ter idade \geq a 18 anos; e, estar em condições emocionais para responder aos questionamentos da pesquisa.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois instrumentos, o primeiro composto por perguntas fechadas sobre dados referentes ao membro da família internado e dados sociodemográficos dos familiares entrevistados e, o segundo composto por 20 itens que fazem parte da dimensão segurança da ECONF⁷.

Para mensurar o grau de conforto em relação a cada item, foi utilizado uma régua-escala graduada do tipo *Likert*, com cinco intervalos de respostas, que variam entre, 1 - nada confortável, 2 - pouco confortável, 3 - mais ou menos confortável, 4 - muito confortável e 5 - totalmente confortável. Importante ressaltar que a escala de medida é crescente, deste modo, quanto maior o valor atribuído aos itens, maior é o grau de conforto do familiar de pessoas internadas em serviços críticos de saúde.

A partir do valor das respostas da ECONF considerou-se para a interpretação dos resultados: Pouco conforto até 4,19; Médio conforto de 4,20 a 4,59; Elevado conforto acima de 4,60⁷.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Os dados foram tabulados e armazenados em banco de dados no programa *Excel*®, posteriormente foram transportados para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19 e analisados por meio de estatística descritiva simples.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o Parecer N° 3.320.581. Foram respeitados todos os preceitos éticos de pesquisa em seres humanos⁸, de modo que todos os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, o sigilo e a possibilidade de declinar a participação na pesquisa a qualquer tempo.

RESULTADOS

Dos 40 familiares entrevistados, 70% eram do sexo feminino, 45% encontravam-se na faixa etária de 40 a 59 anos, 52,5% eram casados ou viviam com o companheiro (a), 55% eram praticantes da religião católica, 42,5% tinham o ensino médio completo,

55% estavam trabalhando, 57,5% eram parentes de primeiro grau, 55% não residiam com o paciente, 67,5% já tiveram outro familiar internado em UTI e 10% apenas já tinha vivido a experiência de internação em UTI, conforme tabela 1.

Em relação aos pacientes internados, 55% eram do sexo masculino, 50% encontravam-se na faixa etária de 60 anos ou mais, 77,5% em condição clínica grave estável, 47,5% em ventilação mecânica, 30% com tempo de permanência acima de 15 dias na UTI e em relação ao sistema afetado que levou a internação 30% era devido a complicações neurológicas e 30% respiratório, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos familiares das pessoas internadas. Curitiba, Paraná, Brasil, 2019.

Caracterização sociodemográfica dos familiares		UTI I		UTI II	
		N°	%	N°	%
		22	55 %	18	45 %
Sexo	Feminino	15	68,2%	13	72,2%
	Masculino	7	31,8%	5	27,8%
Idade*	18 a 24 anos	1	4,5%	3	16,7%
	25 a 39 anos	6	27,3%	4	22,2%
	40 a 59 anos	10	45,5%	8	44,4%
	60 anos ou mais	5	22,7%	3	16,7%
Estado Civil	Solteiro (a)	8	36,4%	6	33,3%
	Casado (a) ou vive com o companheiro (a)	10	45,5%	11	61,1%
	Separado (a)/divorciado(a) Viúvo (a)	1 3	4,5% 13,6%	0 1	0,0% 5,6%
Religião**	Adventista	1	4,5%	0	0,0%
	Católica	10	45,5%	12	66,6%
	Espírita	0	0,0%	2	11,1%
	Evangélica	9	40,9%	3	16,7%
	Sem religião	2	9,1%	1	5,6%
Escolaridade	Sem escolaridade	1	4,5%	0	0,0%
	Ensino fundamental completo	0	0,0%	4	22,2%
	Ensino fundamental incompleto	3	13,6%	0	0,0%
	Ensino médio completo	8	36,3%	9	50%
	Ensino médio incompleto	6	27,2%	1	5,6%
	Ensino superior completo	0	0,0%	3	16,7%
	Ensino superior incompleto	1	4,5%	0	0,0%
Trabalho	Pós-graduação completa	3	13,6%	1	5,6%
	Trabalhando	13	59,1%	9	50,0%
	Afastado (a) do trabalho	3	13,6%	3	16,7%
	Aposentado (a) por tempo de trabalho/idade	3	13,6%	3	16,7%
	Aposentado (a) por doença	2	9,1%	0	0,0%
Grau de parentesco***	Desempregado (a)	1	4,5%	3	16,7%
	1º Grau	14	63,6%	9	50,0%
	2º Grau	5	22,7%	4	22,2%
	3º Grau	1	4,5%	4	22,2%
Reside com o paciente internado	Outros****	2	9,1%	1	5,6%
	Não	11	50,0%	11	61,1%
Experiência de estar internado em uma UTI	Sim	11	50,0%	7	38,9%
	Não	20	90,9%	16	88,9%
Experiência de algum outro familiar próximo internado em UTI	Sim	2	9,1%	2	11,1%
	Não	7	31,8%	6	33,3%
	Sim	15	68,2%	12	66,7%

*Definição adotada do PNAD - População por grupos de idade⁹.

**Religiões que foram citadas pelos entrevistados.

***Relação de parentesco compreendida no art. 1591 do Código Civil de 2002¹⁰.

**** Referem-se à nora/genro e cunhado (a).

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes internados. Curitiba, Paraná, Brasil, 2019.

Caracterização do paciente internado		UTI I		UTI II	
		Nº 22	% 55%	Nº 18	% 45%
Sexo	Feminino	13	59,1%	5	27,8%
	Masculino	9	40,9%	13	72,2%
Idade*	18 a 24 anos	1	4,5%	1	5,6%
	25 a 39 anos	3	13,6%	1	5,6%
	40 a 59 anos	11	50,0%	3	16,7%
	60 anos ou mais	7	31,8%	13	72,2%
Nível de gravidade**	Estável	2	9,1%	0	0,0%
	Grave estável	15	68,2%	16	88,9%
	Grave instável	4	18,2%	2	11,1%
	Gravíssimo	1	4,5%	0	0,0%
Modo de respirar	Ar Ambiente	4	18,2%	4	22,2%
	Cateter Nasal	2	9,1%	7	38,9%
	Névoa úmida	2	9,1%	2	11,1%
	Ventilação Mecânica	14	63,6%	5	27,8%
Tempo de internação na unidade	De 24 a 72 horas	7	31,8%	1	5,6%
	De 73 a 96 horas	6	27,3%	4	22,2%
	De 97 horas a 15 dias	4	18,2%	6	33,3%
	Mais de 15 dias	5	22,7%	7	38,9%
Sistema afetado	Cardíaco	2	9,1%	5	27,8%
	Digestivo	2	9,1%	1	5,6%
	Hematológico	0	0,0%	1	5,6%
	Hepático	1	4,5%	2	11,2%
	Neurológico	9	40,9%	3	16,7%
	Renal	1	4,5%	1	5,6%
	Respiratório	7	31,8%	5	27,8%

*Definição adotada do PNAD – População por grupos de idade⁹.

**Definição adotada para a variável nível de gravidade: 1. Estável - Cliente encontra-se na UTI, requerendo observação profilática do estado ventilatório e hemodinâmico; 2. Grave estável - Apresenta alteração em dados vitais, requer o uso de baixo nível de suporte para a manutenção de estado ventilatório, e/ou hemodinâmico, apresenta boa resposta a terapêutica instalada; 3. Grave instável - Apresenta alteração em dados vitais, requer o uso de alto nível de suporte para a manutenção de estado ventilatório, hemodinâmico, e/ou metabólico; 4. Gravíssimo - Apresenta alteração em dados vitais, requer o uso de alto nível de suporte para a manutenção de estado ventilatório e/ou hemodinâmico, entretanto não apresenta resposta satisfatória a terapêutica instalada¹¹.

Na tabela 3, está apresentada a média geral de conforto da dimensão segurança sendo 4,36 para UTI I e 4,31 para a UTI II. O item que mostrou maior nível de conforto está relacionado a percepção dos familiares

de que a equipe se interessava pela recuperação do seu parente - 4,61, e o de menor nível de conforto ao item que se refere à receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI - 4,11.

Tabela 3 – Nível de conforto dos familiares por itens da ECONF segundo a dimensão Segurança. Curitiba, Paraná, Brasil, 2019.

PERGUNTA	UTI I Média	DP	UTI II Média	DP
Sentir que a equipe se interessa pela recuperação do seu parente.	4,32	0,48	4,61	0,50
Perceber que a equipe presta atenção às condições do seu parente.	4,32	0,72	4,44	0,78
Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI.	4,35	0,59	4,11	0,83
Saber qual tratamento está sendo dado ao seu parente.	4,41	0,59	4,22	0,65
Ser atendido (a) com gentileza na recepção da UTI.	4,32	0,65	4,33	0,59
Perceber tranquilidade no atendimento ao seu parente.	4,18	0,59	4,28	0,67
Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares.	4,27	0,55	4,28	0,67
Perceber que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade.	4,36	0,66	4,39	0,70
Perceber competência profissional naqueles que trabalham na UTI.	4,41	0,59	4,44	0,62
Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita.	4,36	0,58	4,33	1,03
Perceber que o seu parente recebe atendimento rápido quando necessário.	4,32	0,78	4,22	0,94
Perceber que você é atendido (a) com tranquilidade pela equipe.	4,32	0,48	4,33	0,69
Perceber que o seu parente tem recebido os cuidados de higiene.	4,36	0,58	4,17	0,92
Receber informações dos profissionais de forma que você possa entender.	4,48	0,60	4,17	0,86
Receber informação detalhada sobre a situação de seu parente.	4,55	0,51	4,28	0,83
Saber que a melhor assistência possível está sendo dada ao seu parente.	4,36	0,66	4,44	0,62
Ser tratado (a) gentilmente pelos profissionais da UTI.	4,45	0,51	4,22	1,11
Saber que a UTI oferece segurança à recuperação do seu parente.	4,45	0,51	4,39	0,61
Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando.	4,27	0,77	4,28	0,83
Ter profissionais disponíveis para ajudar o seu parente.	4,36	0,49	4,33	0,84
DOMÍNIO SEGURANÇA	4,36	0,46	4,31	0,59

DISCUSSÃO

Houve predomínio do sexo feminino na amostra dos participantes como familiares dos pacientes internados, isso pode ser devido ao aspecto cultural que conferiu a mulher o papel de cuidadora universal. Resultado semelhante ocorreu no estudo realizado em um hospital universitário de Belém-Pará que também constatou mais mulheres como acompanhantes no processo de hospitalização de pacientes internados em ambiente intensivo¹²⁻¹³.

Os parentes de primeiro grau foram os mais presentes, situação que pode ser motivada pela existência de vínculo afetivo, sentimento de compromisso e responsabilidade com o familiar internado¹⁴. Em relação ao estado civil dos familiares, constatou-se que a maioria eram casados ou viviam com o companheiro (a) e que durante aquele período estavam trabalhando, indicando que foi necessária adaptação à situação da hospitalização de seu ente. Isso corrobora o estresse familiar, uma vez que o acompanhante precisa dividir o seu tempo e se organizar para dar conta da nova rotina que envolve cuidados pessoais, atividades com a família nuclear, o trabalho e os cuidados com o familiar hospitalizado. Estudo realizado em um hospital público no interior da Bahia sobre o cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família, relata o desgaste físico e emocional a que esses familiares ficam expostos quando são responsáveis por tantas atividades¹⁵.

Sobre o familiar internado, o presente estudo demonstrou a prevalência do sexo masculino na faixa etária de 60 anos ou mais. Este dado pode ser resultado pela baixa procura dos homens aos serviços de saúde. Juntamente com o envelhecimento populacional, existe aumento da frequência de pacientes idosos nos serviços hospitalares. Os achados deste estudo, corroboram com pesquisa realizada com 975 prontuários, a qual evidenciou que 58,4% dos pacientes internados em uma UTI do estado do Rio Grande do Sul eram do sexo masculino, e o maior número de internações ocorreu com pessoas acima de 60 anos¹⁶.

A dimensão segurança da ECONF, representa o conforto relacionado à confiança dos familiares na competência técnico-científica da equipe de saúde, bem como, a sua competência humanística que se relaciona à consideração da família pelos profissionais da instituição hospitalar e suas demonstrações afetivas⁷.

Os itens que menos pontuaram no nível de conforto, na tabela 3, considerados pouco confortáveis, estão relacionados a receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI - 4,11 e receber informações dos profissionais de forma que você possa entender - 4,17.

A complexidade inerente a ambientes de cuidados intensivos, dificulta o desenvolvimento do cuidado humanizado, podendo distanciar os enfermeiros desses valores em seu cotidiano,

isto pode estar relacionado ao fato de uma unidade de cuidados intensivos precisar de equipamentos de alta tecnologia para atender os pacientes em estado crítico de saúde, que necessitam ser monitorizados constantemente, e por vezes todo esse aparato tecnológico, vem de encontro com a humanização do cuidado que deve ser centralizada na assistência individualizada. Frequentemente, as rotinas diárias e todos esses equipamentos, acabam por mecanizar o cuidado e conseqüentemente a família acaba não sendo vista e nem incluída como sujeito dessas práticas de saúde¹.

Estudo que teve como objetivo descrever como o enfermeiro se apropria do cuidado no acolhimento da família na UTI, evidenciou que apesar dos enfermeiros compreenderem a família como uma unidade de cuidado, não se sentem preparados para esse atendimento. Esses profissionais relataram que sua atenção às famílias fica limitada a realização de rotinas burocráticas de coleta de dados na internação do paciente e, na atualização de informações sobre o estado clínico do paciente durante as visitas¹⁵.

Os itens que mais pontuaram no nível de conforto, sendo considerados de médio a elevado conforto, estão relacionados a ser tratado gentilmente pelos profissionais - 4,45, sentir que a equipe se interessa pela recuperação do seu parente - 4,61 e saber que a UTI oferece segurança à recuperação do seu parente - 4,45.

O sentimento de conforto ligado à segurança é garantido diante da ideia de que seu parente está recebendo um atendimento de qualidade, tanto no aspecto técnico e como humano. Quando se tem o entendimento de que a equipe de saúde atua em conjunto com aquele ambiente tecnológico e oferece a segurança de recuperação, esse estado de conforto é também difundido para as relações entre familiares e profissionais. Isso significa que o conforto decorre de práticas de cuidado que valorizem a humanidade associada às práticas cotidianas do trabalho⁴.

Neste sentido, a segurança é experienciada pela família quando estabelecida uma relação de confiança entre ela e os profissionais, quando os familiares percebem atitudes solidárias das pessoas que os atendem, quando expressam tranquilidade e compreensão pela situação enfrentada, e fornecem informações detalhadas e compreensíveis sobre as condições do parente internado⁴.

Os resultados positivos deste trabalho, com relação ao nível de conforto do familiar de pessoas internadas em ambientes críticos pode estar relacionado a satisfação dos usuários com os serviços prestados pela equipe de saúde de ambientes intensivos da instituição em que o estudo foi realizado. Destaca-se que, este hospital, faz parte de um projeto nacional do Ministério da Saúde que visa melhorar a segurança do paciente, denominado

“Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” onde uma das pautas é o acesso livre dos acompanhantes nos ambientes de terapia intensiva e a inclusão da família no cuidado ao paciente¹⁷⁻¹⁸.

Limitações do estudo

Como limitação, neste estudo houve dificuldade durante a coleta de dados, pois os participantes tenderam a projetar suas respostas em situações desejadas e não com a situação vivenciada, apesar de ser explicado que as respostas deveriam ser dadas com relação a vivência deles durante aquele momento.

Contribuições para a prática

Entende-se que a família exerce papel de colaboradora no processo de tratamento e recuperação da saúde de seus entes. Desta forma, precisa ser considerada como uma parte integrante do cuidado da equipe de saúde, uma vez que a família é um sistema do qual o parente hospitalizado faz parte. Nesse sentido, constitui-se em objeto de cuidado da enfermagem, com uma

série de demandas que precisam ser atendidas, como o acesso à informação sobre o estado de saúde do seu ente, e necessidades de cuidados consigo mesmo que contemplem seus aspectos físicos, psicológicos, espirituais, com acomodações adequadas que presem o seu conforto de maneira geral³⁻¹.

CONCLUSÃO

O nível de conforto na dimensão segurança da ECONF mostrou-se médio, evidenciando reflexos positivos da inclusão da família no contexto hospitalar relacionado ao acolhimento, interação com a equipe de saúde e confiabilidade no cuidado prestado ao seu familiar. Acredita-se assim, que a qualificação profissional e humanização no cuidado precisam ser cada vez mais fomentadas nas instituições hospitalares a fim de promover inserção da família no plano terapêutico do paciente.

Contribuições dos Autores: Edineia Miranda Machado e Tatiana Brusamarello contribuíram em todas as etapas do estudo.

REFERÊNCIAS

- Ariza LC, Hito PD, Estalella GM, Clavero GV, Canut TL, García MR. Implementation of the evidence for the improvement of nursing care to the critical patient's family: a participatory action research. *BMC Health services research*. v. 18, n.357, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29747635>>. Acesso em: 25/02/2019.
- Correio RAPPV, Vargas MAO, Carmagnani MIS, Ferreira ML, Luz KR. Desvelando Competências do Enfermeiro de Terapia Intensiva. *Enferm Foco*. V.6, n.1/4, p.46-50. 2016. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/576/258>>. Acesso em: 18/01/2020.
- Matos JC, Borges MS. A família como integrante da assistência em cuidado paliativo. *Revista de Enfermagem da UFPE on-line*, [S.l], v. 12, n. 9, p. 2399-2406, 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234575/29932>>. Acesso em: 03/12/2019.
- Valente CO, Fonseca GM, Freitas KS, Mussi FC. Conforto familiar a um parente internado na unidade de terapia intensiva. *Rev. baiana enferm*. 31(2): 175-97. 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17597>>. Acesso em: 03/12/2019.
- Coelho EOE. O conceito de conforto na estratégia saúde da família. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2018/dissertacao-elciana-de-oliveira>>. Acesso em: 03/12/2019.
- Ponte KMAP, Silva LF. Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. pesqui. cuid. fundam (Online)*. V. 7, n. 2, p. 2603-2614. 2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah.iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=pt&nextAction=lnk&expr=Search=26918&indexSearch=ID>> Acesso em: 03/12/2019.
- Freitas KS. Construção e validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde (ECONF). 2014. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00660.pdf>. Acesso em: 25/02/2019.
- Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília*, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12/03/2019.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua Trimestral - População, por grupos de idade. Tabela 5918. 2019. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5918>>. Acesso em: 20/03/2019.
- Brasil. Código Civil - Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Das relações de parentesco. Art. 1.591. Disponível em: <<https://www.soleis.adv.br/codigocivilnovo.htm>>. Acesso em: 20/03/2019.
- Consenso Brasileiro de Monitorização e Suporte Hemodinâmico. *RBTI*. v.17, n. 4, 2005. Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/junho/15/ConsensoMonitorizacaoSuporteHemodinamico.pdf>. Acesso em: 20/03/2019.
- Meira EC, Reis LA, Gonçalves LHT, Rodrigues VP, Philipp RR. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200217&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27/12/2019.
- Reis EB, Branco JEB, Silva CSS, Torres RSC, Borges JOP, Moraes AD. "Se tem batimento, tem vida": vivências em torno da hospitalização na visão de familiares de pacientes internados no CTI. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. v. 11, n. 16, p. e1175. 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1175/893>>. Acesso em: 27/12/2019.
- Beuter M, Brondani CM, Szarecki C, Lana LD, Alvim NAT. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. *REME - Rev. Min. Enferm.*; 13(1): 28-33. 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/159>>. Acesso em: 27/12/2019.
- Passos SSS, Pereira A, Nitschke RG. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(6): 539-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0539.pdf>>. Acesso em: 27/12/2019.
- Pauletti M, Otaviano MLPO, Moraes AST, Schneider DS. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. *Aletheia* v.50, n.1-2, p.38-46. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/download>>. Acesso em: 27/12/2019.
- Silveira RS, Funck CR, Lunardi VL, Avila LI, Lunardi Filho WD, Vidal DAS. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. *Enferm Foco*. V.3, n.2, p. 93-96. 2012. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/262/150>>. Acesso em: 18/01/2020.
- Penido A. Ministério da Saúde lança projeto para qualificar segurança dos serviços prestados a pacientes em hospitais públicos. *Brasília: Ministério da Saúde*. 2017. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/29358-ministerio-da-saude-lanca-projeto-para-qualificar-seguranca-dos-servicos-prestados-a-pacientes-em-hospitais-publicos>>. Acesso em: 23/12/2019.

AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO ESTRUTURA PARA A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*

Raissa Mont¹ Alverne Barreto¹

Izabelle Mont¹ Alverne Napoleão Albuquerque²

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha¹

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas²

Jamilly Coelho Teixeira Braga¹

<https://orcid.org/0000-0001-7530-076X>

<https://orcid.org/0000-0003-0856-5607>

<https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>

<https://orcid.org/0000-0002-0585-5345>

<https://orcid.org/0000-0003-0291-9072>

Objetivo: avaliar a qualidade da dimensão estrutura das Unidades Básicas de Saúde de Sobral, Ceará, a partir do referencial de Donabedian. **Método:** Trata-se de estudo avaliativo com abordagem quantitativa, realizada em novembro de 2018 a janeiro de 2019. Para coleta dos dados aplicou-se uma adaptação do Instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica com 18 gerentes e 46 equipes de saúde da família. Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva a partir da tabulação, processamento dos dados e produção de tabelas. **Resultados:** Observou-se ausência em 17% das unidades de banheiro adaptado; ausência em 100% das unidades de desfibrilador; 83% delas referiram ausência de veículo para uso rotineiro de atividades pelos profissionais e constatou-se acesso regular de 78% para medicamentos de Hipertensão e apenas 61% para Diabetes. **Conclusão:** a estrutura das unidades precisa ser valorizada para qualificar as ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Atenção à saúde; Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde.

EVALUATION OF THE STRUCTURE DIMENSION FOR THE QUALITY OF PRIMARY HEALTH CARE

Objective: to evaluate the quality of the structure dimension of Basic Health Units in Sobral, Ceará, based on the Donabedian framework. **Method:** This is an evaluative study with a quantitative approach, carried out from November 2018 to January 2019. To collect the data, an adaptation of the Primary Care Services Evaluation Instrument was applied with 18 managers and 46 family health teams. For data analysis, descriptive statistics techniques were used based on tabulation, data processing and production of tables. **Results:** Absence was observed in 17% of the adapted bathroom units; absence of 100% of the defibrillator units; 83% of them reported the absence of a vehicle for routine use of activities by professionals and there was regular access of 78% for hypertension drugs and only 61% for diabetes. **Conclusion:** It is concluded that the structure of the units needs to be valued to qualify the actions developed in Primary Health Care.

Descriptors: Health care; Health evaluation; Primary Health Care.

EVALUACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE LA ESTRUCTURA PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Objetivo: evaluar la calidad de la dimensión de la estructura de las Unidades Básicas de Salud en Sobral, Ceará, con base en el marco de Donabedian. **Metodo:** Este es un estudio evaluativo con un enfoque cuantitativo, llevado a cabo desde noviembre de 2018 hasta enero de 2019. Para recopilar los datos, se aplicó una adaptación del Instrumento de Evaluación de Servicios de Atención Primaria con 18 gerentes y 46 equipos de salud familiar. Para el análisis de datos, se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas basadas en tabulación, procesamiento de datos y producción de tablas. **Resultados:** Se observó ausencia en el 17% de las unidades de baño adaptadas; ausencia del 100% de las unidades de desfibrilador; El 83% de ellos reportó la ausencia de un vehículo para el uso rutinario de actividades por parte de profesionales y hubo un acceso regular del 78% para los medicamentos para la hipertensión y solo el 61% para la diabetes. **Conclusión:** Se concluye que la estructura de las unidades necesita ser valorada para calificar las acciones desarrolladas en Atención Primaria de Salud.

Descriptoros: Atención de salud; Evaluación de salud; Atención primaria de salud.

*Parte integrante da Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Ceará em 2019.

¹Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral, CE, Brasil.

²Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, Brasil.

³Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

É inegável o expressivo aumento de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual está diretamente implicado na melhoria dos indicadores de saúde da população. Porém, ainda há muitos problemas que precisam ser gerenciados para que a Atenção Primária à Saúde (APS) possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado, particularmente referidos à equidade do acesso, resolutividade e qualidade da atenção^{1,2}.

Assim, autores¹ acrescentam a carência de infraestrutura adequada nas unidades da ESF como problemas que ainda persistem nos dias de hoje. Nesse contexto, Donabedian³ defende que uma boa estrutura deve significar a probabilidade de um bom desempenho nas áreas de processo e de resultados.

Portanto, diante de tais desafios e tentativas constantes de estimular processos contínuos de melhoria de indicadores de acesso e qualidade na APS, entende-se que pesquisas avaliativas são necessárias para a construção de estratégias de intervenções mais adequadas que propiciem avanços no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde⁴⁻⁶.

No Ceará, mais precisamente na cidade de Sobral, a ESF é baseada na singularidade e inovações do seu modelo tecnoassistencial de saúde, além de apresentar uma variedade de experiências exitosas dentro do contexto da APS⁷. Ao longo de quase 30 anos foram investidos muitos recursos na estruturação e manutenção dos Centros de Saúde da Família (CSF) do município, sendo importante, portanto, avaliar a qualidade da dimensão estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos dias de hoje, baseando-se no princípio de que a avaliação da qualidade deve ser uma atividade contínua para subsidiar o redirecionamento das práticas profissionais.

Neste sentido este estudo tem o objetivo de avaliar a qualidade da dimensão estrutura das Unidades Básicas de Saúde de Sobral, Ceará, a partir do referencial de Donabedian³.

Considera-se relevante este estudo de modo que as UBS estudadas possam identificar situações passíveis de mudanças e que possibilitem o alcance de metas favoráveis às necessidades reais da população assistida em cada UBS.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, em que Hartz e Silva⁸ a define como o procedimento que consiste em fa-

zer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos.

Local do estudo

O estudo foi realizado na APS da cidade de Sobral, Ceará entre os meses de novembro de 2018 a janeiro de 2019, contando com uma área de 2.122,897 km² e uma população estimada, em 2019, de 208.935 habitantes⁹. A ESF do município possui ações e serviços de saúde configurados como objeto privilegiado de estudos, construção da integralidade como princípio em saúde e materializa o direito e o serviço na atenção e cuidado à saúde⁷.

Participantes da pesquisa

Participaram 18 gerentes das UBS pertencentes à zona urbana de Sobral, juntamente com os 46 demais profissionais de saúde que compreendem as equipes de saúde da família das respectivas Unidades, selecionados a partir de amostragem não-probabilística por conveniência. Salienta-se que estes participantes representam os serviços de Atenção Básica que tiveram 100% de adesão à pesquisa.

Coleta de dados

Foi realizada a aplicação de uma adaptação do Instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica (QualiAB)¹⁰, visto que a metodologia original deste se destina a todos os serviços que compõem a rede de atenção básica, independentemente do modelo adotado, não sendo exclusiva para ESF. Nesta pesquisa, foram avaliados apenas os serviços pertencentes à ESF, respeitando-se as especificidades da realidade local, justificando, dessa forma, a necessidade de adaptação do referido instrumento.

Assim, esta adaptação consistiu em retirar questões do instrumento original que não estivessem ligadas diretamente à ESF para o alcance dos objetivos desta pesquisa, por exemplo: questões sobre o tipo de UBS (arranjos organizacionais) e gestão administrativa do serviço; e a inclusão de itens que contemplassem a especificidade local para conferir maior qualidade à pesquisa, mas sem distanciar-se da proposta original do questionário, como por exemplo, a inclusão de itens como sonar doppler, tensiômetro, balança e termômetro na questão sobre equipamentos e recursos de apoio e inclusão dos medicamentos de hanseníase, tuberculose, anticoncepcionais orais e injetáveis, contracepção de emergência, ácido fólico, sulfato ferroso, verminoses, antitérmicos e analgésicos na questão sobre a dispensação de medicamentos.

Posteriormente, o instrumento adaptado para este estudo foi validado pela equipe de pesquisadores e profissionais do sistema municipal de saúde pertencentes ao Observatório de Pesquisas para o SUS (OBSERVASUS) de uma Universidade Estadual localizada no município es-

tudado.

O QualiAB defende que todos os serviços de saúde na APS devem possuir um nível aceitável de qualidade, de forma que o processo de construção de um novo modelo assistencial passa, necessariamente, pelo envolvimento ativo das equipes locais e por mudanças nas práticas de saúde¹¹.

A abordagem do QualiAB toma como referencial o de Donabedian com os indicadores de estrutura e processo, porém, para este estudo, utilizaram-se apenas os indicadores de estrutura das UBS de Sobral, os quais são referentes às características de espaço físico em termos de infraestrutura básica, equipamentos e insumos.

O questionário é composto por questões que os autores denominaram descritivas, as quais representam variáveis qualitativas, tais como localização, número de profissionais e suas respectivas formações, com vistas a caracterizar o serviço, atrelado às variáveis quantitativas de múltipla escolha, que são pontuadas em uma escala de 0, 1, e 2, sendo a pontuação 0 equivalente à ausência de recurso e/ou disponibilidade ou sua execução em patamares mínimos; a pontuação 1 correspondente à disponibilidade do recurso dentro do padrão médio esperado; e a pontuação 2 representando o melhor padrão possível para o momento atual da rede básica.

Assim, a média aritmética da pontuação de todas as respostas atribuí, ao serviço respondente, um grau de qualidade expresso pela distância do melhor padrão possível correspondente à média dois¹².

Dessa forma, o instrumento foi desenhado para ser autorrespondido pelos serviços de Atenção Básica sob responsabilidade direta do gerente local, preferencialmente com a participação de toda a equipe. Assim, para aplicação *online* do questionário foi utilizado um *software* livre de plataforma *web* denominado *LimeSurvey*, e disponibilizado para cada UBS somente o *link*, via *email*, juntamente com seu *token* de acesso.

Procedimento de análise dos dados

Para suporte no processo de análise dos dados realizou-se a abordagem de estatística descritiva¹³ das respostas obtidas pelos serviços, organizadas em tabela e gráfico, em que as variáveis foram expressas por meio de porcentagem, e utilizou-se ainda a média aritmética da pontuação das questões e dos indicadores por UBS.

Procedimentos éticos

A pesquisa apresentou parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú de acordo com a Resolução 466/2012 sob Parecer: 3.027.002, e os participantes assinaram o Termo de Con-

sentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados e organizados em duas categorias: "Características Gerais dos serviços" e "Estrutura física, procedimentos e insumos básicos", as quais serão discutidas a seguir.

Características Gerais dos serviços

Das 22 UBS pertencentes à zona urbana do município de Sobral, 18 (82%) participaram da pesquisa respondendo ao questionário. Destas, 10 (55,5%) responderam o instrumento com a participação do gerente da unidade juntamente com a equipe de profissionais, destacando-se o profissional enfermeiro, e 8 (44,5%) somente com a presença do gerente.

Quanto à distribuição das equipes de saúde da família por CSF em relação à quantidade de moradores e famílias, observou-se que nove CSF (50%) não obedecem a quantidade ideal preconizada pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual recomenda a existência de uma equipe multiprofissional por 2000 a 3500 habitantes.

Verificou-se que dos 18 CSF estudados apenas 03 (17%) estão com a equipe de saúde da família incompleta com a ausência do profissional médico. Além disso, dos 35 médicos integrantes das equipes dos 18 CSF, apenas quatro (11%) são médicos de outras especialidades e 31 (89%) são médicos de família e comunidade, fato este que fortalece a qualidade e longitudinalidade do cuidado em saúde pela capacidade do profissional de valorizar os atributos da APS.

O universo estudado apontou que há uma predominância do enfermeiro (83%) ocupando a gerência das UBS, em que 12 deles (80%) são do sexo feminino e três (20%) do masculino. Os outros três gerentes (17%) pertencem às categorias de Nutrição, Educação Física e Farmácia.

Estrutura física, procedimentos e insumos básicos

A tabela 1 mostra os indicadores selecionados, para esta dimensão avaliativa, segundo a média obtida por indicador, apontando os que alcançaram valores mais próximos e os que mais se distanciam do padrão esperado representado pela pontuação máxima atribuída (média 2), sendo a porcentagem calculada a partir da média de cada indicador. Assim, observou-se que, entre dos cinco indicadores avaliados, nenhum obteve pontuação inferior a 50%.

Tabela 1 - Indicadores de qualidade quanto aos Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos da APS do município de Sobral, CE, 2019.

Indicador correspondente	Média das UBS	Porcentagem (%)Das UBS
Insumos e Instalações da Sala de Vacina	2	100%
	2	100%
	2	100%
	1,72	86%
Procedimentos de rotina realizados na Unidade		
Exames feitos ou colhidos na Unidade		
Instalações Gerais	1,22	61%
Equipamentos e Recursos de apoio disponíveis		

De acordo com os dados coletados das 18 UBS, aqueles itens que não pontuaram por estarem ausentes nos CSF corresponderam, em maior quantidade, às salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas em 07 unidades (39%), seguido de bom estado de conservação relacionado à pintura, móveis, instalações elétricas e hidráulica em 05 UBS (33%); Ventilação e iluminações adequadas, corresponderam a 04 unidades (22%); Sala para realização de atividades educativas e grupos a 03 UBS (17%); Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência a 03 unidades (17%); Sala de esterilização a 02 unidades (11%) e Acesso à pessoas com deficiência a 01 unidade (6%).

Para avaliação dos equipamentos e recursos de apoio disponíveis, obteve-se 61% do padrão esperado, em virtude da ausência de itens fundamentais para cobrir adequadamente as necessidades assistenciais, tais como desfibrilador (100%); Oxímetro de pulso (94%); Carrinho de emergência (83%); Veículo para uso da Unidade (83%); Cilindro de oxigênio (17%); Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário (11%); Sonar doppler (11%); Tensiômetro (11%) e Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados (6%).

Outra questão apontada como ausência na maioria dos CSF deste estudo foi o veículo para uso da Unidade (83%), o qual considera-se como parte dos recursos de suporte essenciais para atividades de rotina.

A disponibilidade ao conjunto de medicamentos previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) também foi um item avaliativo para contemplar a análise da estrutura da APS de Sobral, classificando-os em frequência regular; falta eventual; falta frequente e

não dispensa esse grupo de medicamentos.

Observou-se que, para tuberculose e hanseníase, 94% dos CSF referiram acesso regular para medicamentos relacionados a estas doenças. Por outro lado, a disponibilidade de medicamentos para hipertensão e diabetes foi classificada em 78% e 61% respectivamente para acesso regular nos CSF estudados, não obedecendo os limites desejáveis indicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A disponibilidade de Psicofármacos (utilizados na saúde mental) também foi priorizada como atributo de qualidade para esta dimensão avaliativa, tendo em vista o aumento de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população. Dessa forma, 66% dos CSF estudados referiram acesso regular a este grupo de medicamentos, enquanto 28% apontou como falta eventual e 6% como falta frequente.

Os antibióticos, medicamentos para Infecções Sexualmente Transmissível (IST) e para dislipidemias também fazem parte do grupo de medicamentos essenciais e constituem importante medida de acesso na ESF. Porém, os resultados deste estudo nos mostram que, do total de Unidades estudadas, 67% referiram acesso regular para o grupo de antibióticos, 56% para IST e 33% para dislipidemias.

DISCUSSÃO

O fato da pesquisa não ter alcançado 100% das respostas pode estar relacionado ao desafio de sensibilização e adaptação de gestores e profissionais ao processo de avaliação em saúde. Resultado como este também foi observado em uma pesquisa de autoavaliação da qualidade da ESF no âmbito da gestão de municípios de Minas Gerais, a

qual revelou um baixo retorno dos questionários enviados aos participantes, não atingindo 100% de resposta para nenhum dos três instrumentos utilizados na pesquisa¹⁴.

Pesquisadores afirmam que, embora a avaliação em saúde seja um pressuposto da condição de gestão do sistema de saúde, essa ferramenta gerencial ainda não é utilizada em toda sua potencialidade. Porém, sabe-se da importância da participação destes profissionais nos processos avaliativos, visto que a avaliação favorece o desenvolvimento de processo crítico e reflexivo sobre as práticas desenvolvidas no âmbito dos sistemas de saúde¹².

Importante salientar a presença significativa do enfermeiro no processo avaliativo da APS neste estudo. Porém, a coleta dos dados não possibilita uma análise mais qualificada sobre esse achado, mas nos revela que pode estar em desenvolvimento uma reconfiguração nos modos como esse profissional vem reorganizando seu processo de trabalho, afastando-se do modelo tradicional que tem dado suporte à formação e à própria historicidade da profissão, e aproximando-se da formulação, monitoramento e avaliação de políticas que incidem sobre os serviços de saúde¹³.

Em relação à presença significativa do enfermeiro na gerência das UBS, um estudo de revisão sobre as dimensões gerenciais na graduação em Enfermagem¹⁵ reforça este achado quando revela que o enfermeiro é reconhecido como o profissional que mais detém informações sobre o funcionamento dos serviços e, por isso, 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 saúde¹⁶.

Cabe ressaltar que as Diretrizes Nacionais Curriculares (DNC) para a Graduação em Enfermagem incluem os conteúdos de administração/gestão entre aqueles considerados imprescindíveis ao desenvolvimento das habilidades e competências profissionais e, talvez por este fato, os enfermeiros demonstram maior vocação, preparo e interesse para assumir as funções de gestor¹⁷.

Sobre os itens referentes à estrutura física das unidades, um estudo realizado em Caxias, interior do Maranhão, com o objetivo de avaliar a infraestrutura das UBS, encontrou resultados semelhantes ao deste estudo, em que revela que, dos itens analisados, a sala de vacina foi o quesito que obteve melhor avaliação, em contrapartida, a avaliação geral aponta que o município ainda peca em aspectos importantes, os quais não permitem oferecer ao público um serviço que contemple os padrões ideais em sua estrutura, como por exemplo, o número insuficiente para consultórios¹⁸.

De acordo com a nova PNAB, a ambiência de uma UBS

é entendida como lugar social, profissional e de relações interpessoais, o qual deve proporcionar uma atenção acolhedora para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais¹. Assim, se faz necessário investir na estrutura física e ambiência das unidades, visto que para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço.

Importante ressaltar a questão da adequação das Unidades para atender usuários portadores de deficiência, a qual também foi mencionada pela ausência em 17% das unidades de banheiro adaptado e em 11% pela deficiência na acessibilidade, merecendo especial atenção, visto que tanto os serviços de saúde da família quanto os de média e alta complexidade devem garantir o amplo acesso e acessibilidade da comunidade, além de que, como qualquer outro grupo populacional, as pessoas com deficiência necessitam de acesso à saúde¹⁹.

Estudos internacionais também enfatizam a necessidade de melhorias na acessibilidade, uma vez que a dificuldade de entrar em um estabelecimento é uma razão para pacientes com deficiência não procurarem os serviços de saúde. Assim, uma pesquisa desenvolvida na Índia com 839 pessoas com deficiência e 1153 sem deficiência revelou que aquelas com deficiência apresentaram uma necessidade de busca por serviços de saúde maior em comparação com as pessoas sem deficiência^{20, 21}.

A realidade do município de Sobral quanto à insuficiência de equipamentos adequados de urgência e emergência na ESF não se distancia dos demais no território brasileiro, em que uma pesquisa realizada em Campina Grande revelou inúmeros entraves para a adequada atenção às urgências na ESF, dentre eles, a falta de insumos e medicamentos mínimos de urgência foi um dos destaques que impedem os profissionais de proporcionar atendimento adequado²². Porém, sabe-se que a ESF é responsável pelo acolhimento de todos os usuários e suas necessidades, inclusive das situações de urgências.

A nível internacional também foram constatadas falhas no atendimento às urgências no nível primário de atenção. Estudos realizados em Alexandria, Egito e Arábia Saudita também detectaram falta de equipamentos e medicamentos essenciais para prestar assistência de qualidade aos seus usuários^{23,24}.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) preconiza que o atendimento de urgência seja realizado em qualquer nível de atenção à saúde, inclusive na APS, embora os profissionais desse nível de atenção não se reconheçam como responsáveis por esse

tipo de assistência e, ao se depararem com situações de urgência, utilizem apenas o encaminhamento do paciente. Além disso, a PNAU recomenda que todas as unidades de saúde devem ter espaço físico adequado e materiais essenciais ao primeiro atendimento de urgência até que ocorra encaminhamento para os outros níveis de complexidade²⁵.

O achado sobre a ausência de veículo em 83% das unidades corrobora com um estudo realizado em Minas Gerais, o qual objetivou avaliar a infraestrutura e os equipamentos para ações na APS. Assim, a pesquisa também avaliou este item negativamente e considerou alarmante não haver um veículo para deslocamento para ações externas, o que compromete a disponibilidade para a assistência ao usuário e prejudica a qualidade do cuidado²⁶. Em relação à disponibilidade de medicamentos para hipertensão e diabetes, o resultado deste estudo foi semelhante ao de outro²⁷, em que a prevalência de acesso a eles foi de 69% para hipertensos e 75% para diabéticos. Porém, de acordo com os parâmetros recomendados pela OMS, a qual preconiza índices superiores a 80%, os percentuais apresentados são classificados como baixo a médio acesso, o que se pode inferir que ainda há hipertensos e diabéticos que necessitam comprá-los²⁸.

Um estudo com representatividade nacional da amostra para as cinco regiões do Brasil e que obteve resultados similares ao deste, percebeu que as maiores prevalências de baixa adesão ao tratamento foram encontradas nos indivíduos que tiveram que pagar parte do seu tratamento em relação aos que tiveram o acesso gratuito a todos os medicamentos que necessitava para tratar as doenças crônicas referidas²⁹. Este achado reforça que os medicamentos não fornecidos pelo SUS podem levar os usuários a não cumprir os tratamentos prescritos pela incapacidade de pagar ou de adquirir no setor privado³⁰.

Um estudo com amostra nacional apresentou a menor disponibilidade aos psicotrópicos quando comparado aos outros medicamentos para o tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, indicando um desafio à integralidade do cuidado, de forma que a possível interrupção de tratamentos instituídos, decorrente do desabastecimento, pode ocasionar internações por doenças mentais e redução da qualidade de vida dos pacientes³¹.

Estes resultados refletem a necessidade de melhorar a disponibilidade destes medicamentos no nível primário de atenção para efetivar práticas integrais e resolutivas, e que torne possível renovar as esperanças por um sistema de saúde digno, democrático e de qualidade para todos.

Considerando o cenário estudado e as realidades se-

melhantes no território nacional observadas por meio da discussão na literatura científica, verifica-se a necessidade de maior compromisso político com a prioridade da ESF, de forma a obter melhorias para ampliar e qualificar os insumos básicos, infraestrutura, equipamentos clínicos e de apoio. Porém, o que se vivencia na atual conjuntura política e econômica do País é um grave contexto de redução do financiamento do SUS, considerado um grande retrocesso que restringe sua atuação.

Limitações do estudo

Destaca-se o fato de terem sido avaliadas apenas as UBS da zona urbana de Sobral, podendo ser estendido esse processo avaliativo para a zona rural. Também podem ser citadas as limitações inerentes à pesquisa avaliativa sujeita às limitações próprias desse tipo de delineamento.

Contribuições para a prática

Os resultados permitem a obtenção de informações essenciais à tomada de decisões estratégicas pelos gestores, e contribuem para a elaboração de um planejamento baseado nas necessidades e proposições de melhorias para a qualificação da assistência prestada à população do município estudado.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram condições básicas para o desenvolvimento de ações de qualidade para a prestação do cuidado. Porém, vale ressaltar a identificação de aspectos que podem comprometer esta assistência, como a necessidade de melhorias na acessibilidade para portadores de deficiência, visto que observou-se ausência em 17% das unidades de banheiro adaptado e em 11% houve deficiência na acessibilidade; Insuficiência de equipamentos adequados de urgência e emergência, em que verificou-se ausência em 100% das unidades de desfibrilador e em 94% de oxímetro de pulso.

Além disso, 83% das unidades referiram ausência de veículo para uso rotineiro de atividades pelos profissionais e constatou-se que houve acesso regular de 78% para medicamentos de Hipertensão e apenas 61% para Diabetes.

Ressalta-se que as inadequações dos CSF prejudicam o desenvolvimento das ações na APS e geram insatisfação nos profissionais e usuários. Assim, é importante que a estrutura seja discutida e valorizada na avaliação dos serviços de saúde, no sentido de aumentar o impacto e qualificar as ações desenvolvidas na APS.

Contribuição dos Autores: RMAB, IMANA, ICKOC, CASLFC, JCTB, RBS: Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso 2019 jun 14]; 42 (esp 1):208-223. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>.
2. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima Junior JOS, Oliveira KKD, Freitas RJM, Silva WS. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Soc.* [internet]. 2016 [acesso 2019 jun 10]; 25(3):821-829. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00821.pdf>.
3. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: Donabedian A. *The quality of medical care: a concept in search of a definition.* *J Fam Pract.* [internet]. 1979 agosto [acesso 2018 dez 18]; 9(2):277-84. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/110905>.
4. Araújo AC, Freitas FRNN, Araújo RV, Batista MMSL. Qualidade dos serviços na estratégia saúde da família sob interferência do PMAQ-AB: análise reflexiva. *Revenferm UFPE online* [internet]. 2017 [acesso 2020 maio 27]; 11(2):712-7. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rBgysopbPv8J:https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11990/14554+gcd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
5. Pinto Junior EP, Cavalcante JLM, Sousa RA, Morais APP, Silva MGC. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso 2020 maio 27]; 39(104): 268-278. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00268.pdf>.
6. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva* [internet]. 2014 [acesso 2020 maio 27]; 19(11):4407-4415. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4407.pdf>.
7. Linhares JH, Frota SLF, Soares CHA, Linhares AEMS, Melo MSS. Sistema de informação em fisioterapia na atenção básica no território dos Terrenos Novos no município de Sobral, Ceará. *SANARE* [internet]. 2010 [acesso 2019 jan 17]; 9(1): 14-16. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/198/185>.
8. Hartz ZMA, Silva LMV da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [internet]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005 [acesso 2018 nov 12]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades, Ceará, Sobral [internet]. 2019 [acesso 2020 maio 29]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>.
10. Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. Organização e autoria Castanheira ERL, et al. Botucatu: UNESP-FM [internet]. 2016 [acesso 2020 maio 29]. Disponível em: <http://www.abasica.fmb.unesp.br/doc/CADERNO.pdf>
11. Castanheira ERL Nemes MIB, Zarilli TFT, Sanine PR, Corrente JE. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde debate* [internet]. 2014 out-dez [acesso 2018 out 25]; 38(103): 679-691. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0679.pdf>.
12. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Medina MG. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso 2019 mar 16]; 38(esp.): 265-278. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0265.pdf>.
13. Galavote HS, Zandonadel E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seild H, Contarato PC, et al. O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery* [internet]. 2016 [acesso 2019 mar 16]; 20(1): 90-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>.
14. Cardoso AVL, Chain APN, Mendes RIP, Ferreira EF, Vargas AMD, Martins AMEBL, et al. Avaliação da gestão da estratégia saúde da família por meio do instrumento avaliação para melhoria da qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [internet]. 2015 [acesso 2019 jan 10]; 20(4): 1267-1284. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01267.pdf
15. 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 [acesso 2019 mar 26]; 20: 20-27. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47945/26644>.
16. Mattos JCO, Balsanelli AP. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev.*

Enferm. Foco. 2019; 10 (4): 164-171. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2618/621>.

17. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara De Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. 08 Nov 2001.

18. Gomes RNS, Portela NLC, Pedrosa AO, Monte LRS, Cunha JDS, Soares TR. Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde. Rev Rene [internet]. 2015 [acesso 2018 set 14]; 16(15): 624-30. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2777/2157>.

19. Martins KP, Costa TF da, Medeiros TM de, et al. Internal structure of Family Health Units: access for people with disabilities. Ciênc. Saúde coletiva [internet]. 2016 out [acesso 2019 mar 23]; 21(10): 3153-3160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3153.pdf>.

20. Gudvalleti MVS, John N, Allagh K, Sagar J, Kumar S, Ramachandra SS. Access to health care and employment status of people with disabilities in South India, the SIDE (South India Disability Evidence) study. BMC Public Health [internet]. 2014 nov [acesso 2019 fev 22]; 14(1): 1125. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25361570>.

21. Lagu T, Iezzoni LI, Lindenauer PK. The axes of access - improving care for patients with disabilities. N Engl J Med [internet]. 2014 maio [acesso 2019 fev 22]; 370 (19). Disponível em: <https://www.aaahd.us/wp-content/uploads/2012/10/AxesofAccess-ImprovingCareforPatientswithDisabilities-NEJM2014.pdf>.

22. Farias DC, Celino SDM, Peixoto JBS, Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Educação Médica [internet]. 2015 [acesso 2019 mar 02]; 39(1): 79-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0079.pdf>.

23. Mohey A, Al Azmi SF. Primary Healthcare Emergency Services in Alexandria, Egypt 2016. Quality in Primary Care [internet]. 2017 [acesso 2019 abril 10]; 25 (5):303-315. Disponível em: <http://primarycare.imedpub.com/primary-healthcare-emergency-services-in-alexandria-egypt-2016.php?aid=20772>

24. Alsaad SSM, Abu-Grain SHS, El-Kheir DYM. Preparadness of Dammam Primary Health Care centers to deal with emergency cases. Journal of Family and Community Medicine [internet]. 2017 set/dez [acesso 2019 abril 21]; 24 (3): 181-188. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28932163>.

25. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

26. 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 [acesso 2019 fev 04]; 22(2): e51283. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51283/pdf>.

27. Barreto MNSC, Cesse EAP, Lima RF, Marinho MGS, Specht YS, Carvalho EMF, et al. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. Rev. bras. Epidemiol [internet]. 2015 abril/junho [acesso 2019 fev 10]; 18(2): 413-424. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n2/pt_1415-790X-rbepid-18-02-00413.pdf.

28. World Health Organization (WHO). Access to essential medicines. In: WHO. The World Medicine Situation. Geneva: WHO; 2004. p. 61-74.

29. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Rev. Saúde Pública [internet]. 2016 [acesso 2018 dez 15]; 50 (supl. 2): 10s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf.

30. Santos ATF, Silva ET, Larré MC, Inagaki ADM, Silva JRS, Abud ACF. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Rev. Enferm. Foco 2019; 10 (1): 65-70 Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1348/497>.

31. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica [internet]. 2017 [acesso 2019 fev 04]; 51 (supl. 2): 10s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s287872017051007062.pdf.

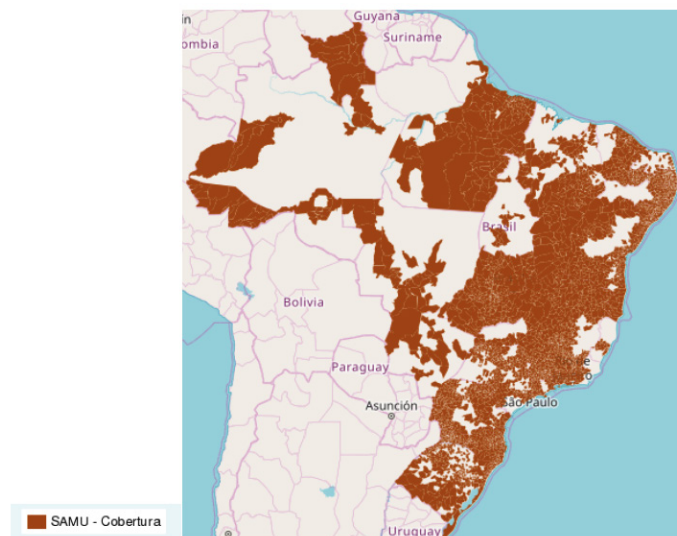
No artigo 23 “Enfermagem em práticas avançadas no atendimento pré-hospitalar: oportunidade de de ampliação do acesso no Brasil” com número de

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.

