



Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



VOLUME 11, NÚMERO 5

CORPO DIRETOR DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO



Manoel Carlos Neri da Silva

Diretor presidente

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



Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Editora Chefe

Graduada, Licenciada e Habilitada em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Faculdade Adventista de Enfermagem (1975/1976). Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1991), Doutora em Saúde Pública (1999), Livre Docência em Administração Aplicada à Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (2011). Professora Associada Livre Docente Aposentada do Departamento de Administração de Serviços de Saúde e Enfermagem, e Orientadora do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo e Vice-Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem-GEPAG. Foi Editora da Revista Paulista de Enfermagem e da Revista Brasileira de Enfermagem e é parecerista em diversos periódicos nacionais e internacionais. Membro da Câmara Técnica de Atenção à Saúde do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Atuou como professora, coordenadora e diretora de cursos em faculdades particulares e foi Pró-Reitora de Administração (2015-2017) na UNIFESP. Tem experiência na área de Enfermagem Hospitalar, Gerência de Serviços de Saúde e Educação.



Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Editor Associado

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



Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Editor Associado

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



Luciano Garcia Lourenço

Editor Associado

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



José Luis Guedes dos Santos

Editor Associado

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



Neyson Pinheiro Freire

Editor de Comunicação e Publicação

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

06

Editorial
RESILIÊNCIA: UMA COMPETÊNCIA DA ENFERMAGEM
 Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

07

Artigo 1 - Reflexão
PROPOSIÇÕES SOBRE A RESSIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
 Elane da Silva Barbosa, Sílvia Maria Nóbrega-Therrien

13

Artigo 2 - Original
TEORIA DO CONFORTO NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM PELO MÉTODO DE PESQUISA-CUIDADO
 Keila Maria de Azevedo Ponte, Lúcia de Fátima da Silva, Ivete Palmira Sanson Zagonel, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Maria Sinara Farias

20

Artigo 3 - Estudo de Caso
CUIDADO DE ENFERMAGEM À IDOSA COM SÍNDROME DA FRAGILIDADE FUNDAMENTADO NA TEORIA DO CONFORTO
 Sarah Lídia Fonteles Lucena, Fernanda Silva Farias, Lucélia Malaquias Cordeiro, Daisy Teresinha Reis Coutinho, Lucia de Fatima da Silva, Maria Célia de Freitas

27

Artigo 4 - Original
TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA
 Francieli Aparecida de Oliveira, Ana Raquel Lima Peralva de Almeida, Ana Paula Regis Sena Gomes, Saiane Sampaio Alves da Silva, Henricelly Ruanna Oliveira Costa Damasceno, Rudval Souza da Silva

34

Artigo 5 - Original
O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A MULHER QUE VIVENCIA CÂNCER DE MAMA COM METÁSTASE ÓSSEA
 Zélia de Oliveira Saldanha, Antônia Margareth Moita Sá, Marcandra Nogueira de Almeida Santos, Mary Elizabeth de Santana

40

Artigo 6 - Original
SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PRÉ-OPERATÓRIO ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA
 Giovanna Paola Trescher, Lúcia Nazareth Amante, Luciana Martins Da Rosa, Juliana Balbinot Reis Gironi, Gisele Martins Miranda, Maristela Jeci Dos Santos, Eloisa Cesa Zuanazzi, Helena Sophia Strauss Mohr

48

Artigo 7 - Relato de Experiência
PROGRAMA INTEGRADOR E O CUIDADO DE ENFERMAGEM FRENTE A DOR CRÔNICA
 Juliane de Macedo Antunes, Donizete Vago Daher, Erica Brandão de Moraes, Maria Fernanda Muniz Ferrari, Marina de Almeida Geraldo

54

Artigo 8 - Revisão Integrativa
DESAFIOS DA ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS
 Daniela Sanches Couto, Káique Saimom Lemes Farias Rodrigues

61

Artigo 9 - Revisão Integrativa
RESPONSABILIDADE TÉCNICA EM ENFERMAGEM
 Ana Gabriela Sabaa Srur de Andrade Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça Pilar Maria de Oliveira Moraes Suellen Patricia Sales da Costa Loureiro Danielle Cruz Rocha Glauber Marcelo Dantas Seixas Osvaldo Luis Carvalho

67

Artigo 10 - Original
AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E MÉDICAS PARA CURATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: IMPLICAÇÕES ÉTICAS
 Brunna Rodrigues de Lima, George Oliveira Silva, Hélio Galdino-Júnior

73

Artigo 11 - Relato de Experiência
METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A ASSISTÊNCIA: RELATO DE AÇÕES EXTENSIONISTAS
 Giovanna do Socorro Santos da Silva, Fabiane Diniz Machado Vilhena, Jéssica Soares Barbosa, Débora Talitha Neri, Rubenilson Caldas Valois, Eliã Pinheiro Botelho, José Jorge da Silva Galvão, Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

78

Artigo 12 - Original
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM DISSERTAÇÕES E TESES DA ENFERMAGEM BRASILEIRA
 Glauber Weder dos Santos Silva, Bárbara Coeli Oliveira da Silva, Eder Samuel Oliveira Dantas, Alexsandra Rodrigues Feijão, Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho, Soraya Maria de Medeiros, Cecília Nogueira Valença

86

Artigo 13 - Relato de Experiência
ENSINO-APRENDIZAGEM NA DISCIPLINA DE GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR
 Deise Ferreira de Souza, Érica Brandão de Moraes, Geilsa Soraia Cavalcanti Valente, Zenith Rosa Silvino, Pedro Ruiz Barbosa Nassar, Cristina Lavoyer Escudeiro, Maritza Consuelo Ortiz Sanchez, Larissa Dantas Matias Delgado

92

Artigo 14 - Relato de Experiência
CAPACITAÇÃO EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA CUIDADORES DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
 Géssica Louzada Caires, Ricardo Bruno Santos Ferreira

98

Artigo 15 - Relato de Experiência
ESTRATÉGIAS E DESAFIOS DO ENSINO REMOTO NA ENFERMAGEM
 Andressa da Silveira, Naiana Oliveira dos Santos, Lais Antunes Wilhelm, Keity Lais Siepmann Socol, Zaira Leticia Tisott, Lisie Alende Prates

104

Artigo 16 - Original

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA REINTERNAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA

Ângela Maria Liberato Araújo Lopes, Yandra Kelline Brandão Braga, Keila Maria de Azevedo Ponte Marques, Francisco Douglas Canafistula de Souza, Maria Aparecida Fernandes Cardoso

110

Artigo 17 - Original

CONDIÇÕES DE HIGIENE DOS IDOSOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Karla Andrezza Lira Linhares, Iasmim Cunha Maranguape, Andréa Carvalho Araújo Moreira, Vitória Lídia Pereira Sousa, Francisco Eduardo Silva de Oliveira, Saulo Barreto Cunha dos Santos

117

Artigo 18 - Revisão Integrativa

CONTRIBUIÇÃO DO MODIFIED EARLY WARNING SCORE (MEWS) PARA CONDUTA CLÍNICA PRECOCE

João Cruz Neto, Sara Teixeira Braga, Yasmin Ventura Andrade Carneiro, Rayane Moreira de Alencar, Woneska Rodrigues Pinheiro

125

Artigo 19 - Relato de Experiência

ÁRVORE DA VIDA: PROJETO DE IMPRESSÃO PLACENTÁRIA EM MATERNIDADES PÚBLICAS ESTADUAIS DO CENTRO-OESTE

Raiane Rayssa Pereira dos Santos, Amanda Santos Fernandes Coelho, Aline Bueno Coelho, Stéphanie Marques Alves Vieira Angelim, Larlyssa Rezende Faria, Samira dos Passos Hanum, Ana Claudia Andrade Cordeiro Pires, Janaina Valadares Guimarães

130

Artigo 20 - PRODUÇÃO TECNOLÓGICA

"DESCOMPLICA, DONA BETE": CONSTRUÇÃO DE APLICATIVO SOBRE PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES AGUDAS DO DIABETES MELLITUS

Eloisa Melo da Silva, Francineide Pereira da Silva Pena, Álefe Mateus Sena Guimarães, Mércia Gabrielle Bruno Bastos, José Luis da Cunha Pena, Érika Tatiane Fernandes de Almeida Rodrigues, Elizabeth Teixeira, Camila Rodrigues Barbosa Nemer

136

Artigo 21 - Original

DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Andréa Carvalho Araújo Moreira, José Wellington Cruz Magalhães Júnior, Iane Ximenes Teixeira, Vitória Lídia Pereira Sousa, Natália Frota Goyanna, Eliany Nazaré Oliveira, Francisco Eduardo Silva de Oliveira, Francisco Wellington Dourado Júnior

144

Artigo 22 - Revisão Integrativa

VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Yanka Alcântara Cavalcante, Gabriel Pereira Maciel, Milena Melo Vieira, Paulo Roberto Lopes, Vanessa Silva Farias, Lourival Gerardo da Silva Junior, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

152

Artigo 23 - Original

ENGAJAMENTO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NO TRABALHO COM CRIANÇAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Lara Gerino Garcia, Maria Helena Pinto, Rafaela Moreira da Silva Canille

159

Artigo 24 - Original

ANÁLISE DO PROCESSO DE TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA NO ESTADO DE MATO GROSSO

Kaynara Borges de Oliveira, Débora Oliveira de Jesus, Maria Fernanda Spegiorin Salla Brune, Fernando Riegel, Alessandra Vaccari, Maximilian Wilhelm Brune

166

Artigo 25 - Original

ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE DO TRABALHADOR E ATENÇÃO BÁSICA

Alany Bezerra da Rocha Alves, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda, Cesar Cartaxo Cavalcanti, Daiana Beatriz de Lira e Silva, Betânia Maria Pereira dos Santos, Dereck Sena de Lima, Dayane Beserra Costa Felício

172

Artigo 26 - Original

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS NEAR MISS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Meire Augusta Celestino Amaro, Elena Bohomol

179

Artigo 27 - Original

EVENTOS ADVERSOS E FATORES ASSOCIADOS EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO

Thais da Costa Oliveira, Jovânia Marques de Oliveira e Silva, Patrícia de Carvalho Nagliate, Regina Célia Sales Santos Verissimo, Maria Lucélia da Hora Sales, Tâmara Silva de Lucena

187

Artigo 28 - Original

RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS APÓS CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO

Francineide Pereira da Silva Pena, Antônio Odilon do Espírito Santo Teixeira, Odilson Rocha Alves, Samuel dos Santos Miranda, José Luis da Cunha Pena, Érika Tatiane Fernandes de Almeida Rodrigues, Walter de Souza Tavares, Camila Rodrigues Barbosa Nemer

194

Artigo 29 - Original

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR ENFERMEIROS INTENSIVISTAS NA CONSTRUÇÃO DE UM APLICATIVO DE DROGAS CARDIOTÔNICAS

Mayara Davila Borges, Dayse Mary da Silva Correia, Deyse Conceição Santoro Batista, Barbara Pompeu Christovam, Iuri Bastos Pereira, Fátima Helena Espírito Santo

200

Artigo 30 - Original

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DE CRIANÇAS ESCOLARES

Nelson Silva Rodrigues Júnior, Aline Raquel de Sousa Ibiapina, Antônio Alberto Ibiapina Costa Filho, Márcia Astrês Fernandes, Ana Paula Cardoso Costa, Layze Braz de Oliveira

RESILIÊNCIA: UMA COMPETÊNCIA DA ENFERMAGEM

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha <https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>

Editora Chefe

Certamente para todos, este ano de 2020 está sendo um dos mais difíceis de nossas vidas. Reagirmos para sobreviver ao novo normal tem sido um desafio diário, em todas as áreas de atuação.

É, contudo, no contexto de desafios que desenvolvemos novas competências e adquirimos forças para continuar e reagir. Muitas pessoas absorvem os problemas, tragédias e dificuldades com mais facilidade do que outras e conseguem em pouco tempo “dar a volta por cima”, não se deixando abater. Os neurocientistas chamam esta característica de resiliência.

O dicionário nos ensina que resiliência é, na física, a propriedade dos corpos de voltarem à sua forma original depois de terem sofrido deformação ou choque¹. O termo tem sido usado para caracterizar a capacidade que se tem de se adaptar às intempéries, às alterações ou aos infortúnios. Pode-se dizer de forma simplista que é tendência natural que algumas pessoas tem para se recuperar ou superar com facilidade os problemas que aparecem^{2,3}.

Existem estudos que mostram diferentes abordagens da resiliência dos profissionais de enfermagem^{4,5}, com e sem a aplicação de questionários. Resultados permitem entender porque mesmo depois de imensas dificuldades como condições adversas de trabalho tanto na jornada excessiva como na falta de materiais e equipamentos, o lidar com a morte constantemente e com o medo de contaminar-se, a Enfermagem volta e continua seu trabalho, mesmo à beira da exaus-

tão. Todavia todos alertam para os efeitos perversos das dificuldades e adversidades constantes e em longos períodos para o burnout, e a queda na saúde mental, apesar da resiliência. Ou seja, resiliência tem limite!

Nesta pandemia de Covid-19, ao acompanharmos as imensas dificuldades e desafios pelas quais passam os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e mesmo assim, conseguido se superar, dar o melhor de si na linha de frente e sendo responsáveis diretos pela assistência à beira do leito, feita muitas vezes de forma apaixonada, com inovação e superação, podemos afirmar que uma das competências mais desenvolvidas está sendo a resiliência.

Todavia, a catástrofe mundial que estamos atravessando, pela sua extensão não somente em todos os países, mas em diferentes segmentos da população, pela sua alta capacidade de infecção, letalidade e sequelas, exige dos profissionais, muito mais do que resiliência.

É urgente que estes sejam respeitados, com adequadas condições e jornadas de trabalho, proteção com equipamentos seguros e remuneração condizente com as responsabilidades assumidas na pandemia. Reconhecimento e homenagens com músicas, *lives*, poesias, é bom, aquecem o coração, mas o que se quer é valorização destes profissionais antes, durante e após esta pandemia, para que com a resiliência que já tem, possam continuar atuando como os verdadeiros heróis do cuidado.

Referências

1. Resiliência. In: Dicionário Online de Português [Internet]. 2021 [citado 2021 Fev 5]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/resiliencia/>
2. Pimenta T. Resiliência: 10 dicas para se tornar uma pessoa mais resiliente [Internet]. 2018 [citado 2021 Fev 5]. Disponível em: <https://www.vittude.com/blog/resiliencia/>
3. Instituto Brasileiro de Coaching. O que é resiliência [Internet]. 2020 [citado 2021 Fev 5]. Disponível em: <https://www.ibccoaching.com.br/portal/artigos/o-que-e-resiliencia/>
4. Belancieri MF, Beluci ML, Silva DV, Gasparelo EA. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. *Estud Psicol (Campinas)* [Internet]. 2010 [citado 2021 Fev 5];27(2):227-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000200010&lng=en&nrm=iso
5. Amaral-Bastos M. O conceito de resiliência na perspectiva de enfermagem. *Rev Iberoam Educ Invest Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2021 Fev 5];3(4):61-70. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/92/o-conceito-de-resiliencia-na-perspetiva-de-enfermagem/>

PROPOSIÇÕES SOBRE A RESSIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Elane da Silva Barbosa¹ <https://orcid.org/0000-0002-2668-8064>

Silvia Maria Nóbrega-Therrien¹ <https://orcid.org/0000-0002-9660-8314>

Objetivo: Refletir sobre a ressignificação do cuidado de Enfermagem, a partir dos pilares ontológico, epistemológico e metodológico.

Métodos: Trata-se de ensaio teórico do tipo reflexivo, que se volta para o conhecimento sobre o cuidado de Enfermagem sob uma perspectiva integral, a partir das distintas dimensões que o constituem.

Resultados: Os cuidados de Enfermagem, no que tange ao pilar ontológico, referem-se ao cuidado como inerente à condição humana; no que se refere à epistemologia, enfoca os saberes específicos realizados pelo enfermeiro e, em relação à metodologia, reporta-se para a *práxis*, isto é, a articulação entre teoria e prática, englobando a educação em Enfermagem, o ensinar-aprender a cuidar.

Conclusão: Pensar sobre essa questão torna-se, portanto, o passo inicial para que o enfermeiro reconheça o *ethos* da sua profissão, possa valorizá-la ainda mais e ter os subsídios pertinentes para fundamentar as lutas por melhores condições de trabalho para a Enfermagem.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Conhecimento; Educação em enfermagem

PROPOSITIONS ABOUT THE NURSING CARE RESSIGNIFICATION

Objective: To reflect on the resignification of nursing care, based on the pillars ontological, epistemological and methodological.

Methods: This is a reflective theoretical essay, which turns to knowledge about nursing care from an integral perspective, from the different dimensions that constitute it.

Results: Nursing care, with regard to the ontological pillar, refers to care as inherent to the human condition; with regard to epistemology, it focuses on the specific knowledge carried out by nurses and, in relation to methodology, it refers to praxis, that is, the articulation between theory and practice, encompassing nursing education, teaching-learning to care.

Conclusion: Thinking about this issue becomes, therefore, the initial step for nurses to recognize the ethos of their profession, to value it even more and have the relevant subsidies to support the struggles for better working conditions for Nursing.

Keywords: Nursing care; Knowledge; Nursing education

PROPUESTAS SOBRE LA RENIGNACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Objetivo: Reflexionar sobre la resignificación del cuidado de enfermería, en base a los pilares: ontológico, epistemológico y metodológico.

Métodos: Este es un ensayo teórico reflexivo, que se centra en el conocimiento sobre el cuidado de enfermería desde una perspectiva integral, desde las diferentes dimensiones que lo constituyen.

Resultados: La atención de enfermería, con respecto al pilar ontológico, se refiere a la atención como inherente a la condición humana; Con respecto a la epistemología, se centra en el conocimiento específico llevado a cabo por las enfermeras y, en relación con la metodología, se refiere a la *práxis*, es decir, la articulación entre la teoría y la práctica, que abarca la educación en enfermería, la enseñanza, el aprendizaje y la atención.

Conclusión: Pensar en este tema se convierte, por lo tanto, en el paso inicial para que las enfermeras reconozcan el espíritu de su profesión, lo valoren aún más y tengan los subsidios relevantes para apoyar las luchas por mejores condiciones de trabajo para la Enfermería.

Descriptores: Atención de enfermería; Conocimiento; Educación en enfermería

¹Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: Artigo extraído da tese "Do estágio ao internato: formação da enfermeira para o cuidado", defendida em 2019, no Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Autor correspondente: Elane da Silva Barbosa | E-mail: elanesilvabarbosa@hotmail.com

Recebido: 16/7/2020 - Aceito: 21/12/2020

INTRODUÇÃO

Vários teóricos que investigam o cuidado de Enfermagem, em distintos contextos, sob diferentes perspectivas e pressupostos filosóficos, são uníssonos em concordar que, apesar do cuidar ser inerente a todo ser humano, há uma especificidade no cuidado de Enfermagem, que o diferencia daquele que pode ser realizado por qualquer pessoa¹⁻⁵.

Interessante que, paradoxalmente, embora o cuidado seja o processo que mais caracterize a Enfermagem, configura-se no menos valorizado dentre os processos de trabalho (cuidar ou assistir/intervir; pesquisar/investigar; ensinar/aprender e gerenciar). Apontam-se, em síntese, alguns motivos que corroboram para essa problemática: a constituição histórica da Enfermagem, transitando de uma ação a ser realizada por qualquer sujeito a uma profissão regulamentada por leis, com saberes e fazeres singulares na área da saúde, somando-se à divisão social do trabalho, com a valorização das atividades ditas intelectuais, em detrimento das manuais. A seguir, serão discutidos esses motivos, a fim de que possamos compreendê-los de forma mais ampliada.

Sob essa perspectiva, inicialmente, a investigação sobre essa questão pode ser instigada ao pensar que muitos enfermeiros se negam a realizar esse cuidado, porque acreditam que determinadas tarefas, tais como: higiene pessoal, medidas de conforto, preparo do corpo pós-morte, auxílio na alimentação, administração de medicamentos, entre outros, desvalorizariam seu exercício laboral⁵. Quando, na realidade, essas ações integram e até mesmo enaltecem o cuidado de Enfermagem, posto que se reportam para as necessidades integrais do sujeito a ser atendido e, para a sua realização, necessitam do saber-fazer do enfermeiro.

Entretanto, é preciso recordar que essa ideia que, ainda existe, de algum modo, na Enfermagem não foi forjada aleatoriamente, provém de uma construção histórica. Dentre tantos fatores que contribuíram para isso, destaca-se a divisão social do trabalho nessa área, por vezes ratificada, por vezes refutada, mas sempre presente ao longo do tempo. Na realidade, a divisão social do trabalho na Enfermagem foi institucionalizada, na Inglaterra, no século XIX, por Florence Nightingale. Utiliza-se o termo “institucionalizada”, a fim de ressaltar o papel que essa personagem histórica teve nesse processo.

Ao instituir a escola de Enfermagem no *Hospital Saint Thomas*, em Londres, ainda na seleção e formação das candidatas, Nightingale já realizava segmentação conforme as condições socioeconômicas das alunas. As mulheres de classe social elevada, chamadas de *lady nurses*, ficavam com as tarefas de supervisão, administração, organização

da instituição hospitalar, enquanto aquelas menos favorecidas social e economicamente, as *nurses*, eram preparadas para o cuidado direto ao enfermo, à assistência, devendo obediência às ordens que lhe fossem dadas. Embora, vale frisar, essa divisão do trabalho já existisse antes de Nightingale, não de forma “institucionalizada”, haja vista que, a título de ilustração, cita-se o caso das senhoras pertencentes às confrarias, que ficavam com o trabalho mais intelectual e as irmãs de caridade, advindas dos vilarejos, ocupavam-se do trabalho manual⁶.

Outro motivo da desvalorização do cuidado realizado pelos enfermeiros reporta-se à sua gênese, por estar atrelada ao cuidado, tido como ação que qualquer um poderia realizar, sem necessitar de um saber específico. A Enfermagem foi considerada inferior, rendendo-lhe inclusive certa invisibilidade ou minimização da sua relevância dentre as outras profissões da saúde, o que se materializou inclusive na remuneração financeira, sem definição de piso salarial condizente com a relevância dos serviços prestados. Por essa razão, provavelmente, o cuidado venha, em alguns momentos, se reduzindo a procedimentos técnicos, atos mecânicos; restringindo, pois, como consequência, o sujeito que procura o serviço de saúde a uma patologia, a uma situação clínica, a um conjunto de sinais e sintomas a ser tratado⁵.

Nesse sentido, compreende-se a necessidade de que ocorra um processo de ressignificação do cuidado Enfermagem, a fim de que os profissionais que a constituem, em nível superior e técnico, possam reconhecer a especificidade do cuidado a partir das suas múltiplas dimensões. Sendo assim, objetiva-se, neste estudo, refletir sobre a ressignificação do cuidado de Enfermagem, a partir dos pilares ontológico, epistemológico e metodológico.

MÉTODOS

Trata-se de ensaio teórico do tipo reflexivo, oriundo dos estudos e das discussões realizadas em tese vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual do Ceará (PPGE/UECE). O presente estudo parte, então, da perspectiva integral do cuidado de Enfermagem, isto é, propõe-se a pensar as distintas dimensões que o constituem. Para tanto, adotou-se a proposição de Therrien⁷ acerca dos pilares que constituem um fenômeno de investigação: ontologia, epistemologia e metodologia.

Por se tratar de um artigo de reflexão, e não uma revisão de literatura, não se delimitou especificamente critérios de exclusão e inclusão para a seleção do material bibliográfico. As referências teóricas, aqui, utilizadas foram indicadas

pelas próprias autoras, levando em consideração a abordagem acerca do tema, independente do recorte temporal, por entender que se configuram em textos clássicos ao se tratar desse assunto.

As reflexões estabelecidas neste estudo surgem, portanto, como ponderações das autoras acerca do cuidado de Enfermagem, as quais emergem também como estratégia de sensibilização acerca do tema.

A análise dos dados foi organizada em dois eixos reflexivos, denominados de “Compreendendo os pilares da ontologia, epistemologia e metodologia” e “Ontologia, epistemologia e metodologia do cuidado de Enfermagem”.

Compreendendo os pilares da ontologia, epistemologia e metodologia

Para entender e, ao mesmo tempo, explicitar a utilização destes pilares: ontologia, epistemologia e metodologia, reporta-se para Therrien⁷, o qual fala da existência desses três pressupostos, que perpassam a compreensão acerca de um fenômeno investigado. Assim, ao se reportar para um objeto de estudo, um fenômeno ou uma situação cotidiana, realiza-se o exercício de percebê-los nas suas múltiplas facetas, inclusive na sua dimensão histórica⁷.

A ontologia procura estudar o ser e o seu sentido, em todas as suas dimensões, considerando que tem variadas determinações. Logo, a ontologia é aquilo que configura um determinado objeto ou realidade. A epistemologia, por sua vez, investiga de forma crítica a lógica e o raciocínio científicos utilizados, para a elaboração de hipóteses por parte dos cientistas. Isto é, trata-se da crítica epistemológica, a qual possibilita identificar quais são os fundamentos/as bases teóricas que referenciam uma teoria, reconhecendo possibilidades e limites no que se arvoram a discutir. Desse modo, esse campo é fundamental para analisar as teorias construídas ao longo do tempo, tentando entendê-las ou explicá-las e ancorá-las nos aspectos e espaços que a constituem. Por fim, o pilar metodológico propõe o estabelecimento da relação entre teoria e prática, visando à *práxis*, ressaltando, assim, que há uma interlocução, intercorrência e influência mútua entre ambas⁷.

Faz-se pertinente trazer essa proposição dos três pilares: ontológico, epistemológico e metodológico⁷ para a discussão do cuidado em Enfermagem por entender que propicia um entendimento e valorização do *ethos* da profissão. A dimensão ontológica refere-se à própria concepção acerca de cuidado e as dimensões que o constituem, visto que o cuidado de Enfermagem se alicerça em algo mais amplo, que perpassa a vida, visto que esse cuidado perfaz a própria condição de ser humano. No plano

epistemológico, entende-se que nesse cuidado ampliado, que comporta vários aspectos, há constituintes que se referem especificamente à Enfermagem, então se delinea o cuidado de Enfermagem, que fundamenta o exercício desta como profissão; logo, a dimensão epistemológica refere-se ao conhecimento necessário para realizar o cuidado de Enfermagem. Já o pilar metodológico diz respeito à mediação da *práxis*, nesse caso o modo como vai se dar o ensinar e o aprender em relação ao cuidado de Enfermagem, o que, certamente, envolve uma interlocução entre teoria e prática, tendo o professor-enfermeiro como mediador dessa construção de saberes. O quadro 1 sintetiza esse três pilares relacionados à formação para o cuidado em Enfermagem.

Quadro 1. Os pilares do cuidado de Enfermagem, a partir dos pressupostos ontológico, epistemológico e metodológico

| ONTOLÓGICO | EPISTEMOLÓGICO | METODOLÓGICO |
|---|---|--|
| Cuidado | Cuidado de Enfermagem/ Currículo | Cuidado de Enfermagem/ Didática |
| A compreensão e as múltiplas dimensões que perpassam a totalidade do cuidado. | Os constituintes do cuidado de Enfermagem | A <i>práxis</i> de mediação do ensino/aprendizagem do Cuidado de Enfermagem. |
| Um construto teórico- filosófico. | Campo teórico que referencia o pensar/fazer do profissional de Enfermagem | <i>Lócus</i> de formação em que se estabelece a relação dialética entre teoria e prática acerca do cuidado em Enfermagem |

Fonte: Adaptado de Therrien J. Novos contextos da pós-graduação em educação: uma reflexão sobre parâmetros que permeiam a formação para o saber profissional. Anais do 22o Encontro de Pesquisa Educacional do Norte e Nordeste (EPENN); 2014 Out 28-31; Natal, Brasil.⁽⁷⁾

Pensar o cuidado a partir das dimensões ontológica, epistemológica e metodológica leva a uma ampliação acerca da sua constituição, o que reverbera na forma como se percebe e se conhece o cuidado de Enfermagem. Por isso, há necessidade de debater sobre cada um desses pilares.

Ontologia, epistemologia e metodologia do cuidado de Enfermagem

O cuidado na perspectiva ontológica refere-se ao cuidado que diz respeito ao ser humano. A crise contemporânea pela qual se atravessa pode ser resumida pela falta de cuidado. Ou se cuida da vida, particularmente a humana, ressignificando o sentido do cuidado na relação com si mesmo, com o outro, com os demais seres vivos, ou se coloca em risco todo o planeta. Todos são originários do

cuidado e, simplesmente, será esse mesmo cuidado que irá salvar⁸.

Falar de cuidado é, portanto, falar de condição humana, visto que o ser humano materializa o cuidado, ao mesmo tempo em que o cuidado se materializa na condição humana. Assim, o ser humano é a materialização do cuidado, e vice-versa, já que falar de ser humano implica falar de cuidado, haja vista que este origina aquele, no qual o cuidado torna real a condição humana⁸⁻¹⁰.

Existe uma dissociação entre teoria e prática na Enfermagem, o que se deve a vários aspectos, particularmente a um problema de fragilidade epistemológica e pouca valorização da história da Enfermagem. Isso contribui para a adoção equivocada de teorias e métodos para a Enfermagem. Além disso, a fragilidade acerca do conhecimento epistemológico dificulta a construção de modelos que possam orientar a produção do cuidado de Enfermagem¹¹.

Quando se fala em Enfermagem, reporta-se para as necessidades do ser humano, visto que essa área se propõe a trabalhar para ajudar os sujeitos a manterem ou reestabelecerem essas necessidades básicas da vida. Entretanto, como essas são muitas, é pertinente que a Enfermagem compreenda o que lhe cabe nesse amplo processo e como pode contribuir, naquilo que é preciso conhecer teórica e empiricamente o que caracteriza esse cuidado de Enfermagem, por meio do qual se pode intervir no estado de saúde/doença do sujeito, em nível individual e coletivo¹¹.

Assim, não há outro caminho para repensar e, ao mesmo tempo, fortalecer o saber-fazer acerca do cuidado de Enfermagem, que não passe pela compreensão de como vem se dando o processo formativo e, desse modo, ter subsídios para fomentar mudanças^{12,13}.

Nesse panorama, faz-se pertinente a reflexão sobre a formação do enfermeiro como estratégia capaz de produzir mudanças no cuidado em saúde. Isso porque, ao pensar a formação tendo como foco os alunos, aliás colocando-os como sujeitos do processo de ensino e aprendizagem, deve-se planejar estratégia que possam inserir-lhes, precocemente, na realidade dos serviços de saúde¹⁴.

Entende-se que, ainda existem vários desafios a serem superados no processo de formação em Enfermagem, tais como: a inserção contínua da tecnologia na produção do cuidado em saúde, a necessidade de formulação de políticas públicas que direcionem, de forma mais segura, a oferta de cursos de Enfermagem, em particular no ensino privado, somando-se à demanda de intensificação da oferta, em todas as regiões do

país, de oportunidades maiores de formação inicial e continuada na área, dentre outros¹⁵. Sob outra perspectiva, não se pode desconsiderar que há possibilidades na Educação em Enfermagem. E ousa-se, neste artigo, argumentar que essa transformação passa, inicialmente, pelo processo de apropriação e de ressignificação sobre as concepções teórico-filosóficas que fundamentam o cuidado de Enfermagem.

Sendo assim, se a formação tem a possibilidade de (trans)formar a realidade a partir da constituição de sujeitos conscientes das suas funções e do papel que exercem na sociedade, do mesmo modo o próprio processo formativo é orientado por concepções que influenciam na organização curricular, na *práxis* pedagógica e nos valores éticos que perpassam o ensinar e aprender. Essa lógica pode ser também constatada na Enfermagem.

Desse modo, uma concepção sobre o cuidado orienta a formação da enfermeira e, ao mesmo tempo, é construída, o que significa que o próprio processo de formação na sua matriz curricular, no seu projeto pedagógico, nos saberes mediados, nos valores apregoados fomenta uma concepção acerca de cuidado^{14,16}.

Assim, a intenção deste estudo, partindo da perspectiva de que o cuidado é ensinado/aprendido, é propor reflexão sobre como o cuidado vem sendo pensado e, por conseguinte, trabalhado na formação da enfermeira, como se forma ou se ensina a enfermeira a fazer ou desenvolver o cuidado, a cuidar, em que bases se sustenta.

Também é preciso mencionar que, embora essas três dimensões que integram um fenômeno (a ontologia, a epistemologia e a metodologia) tenham sido explicitadas, aqui, individualmente, elas não operam dessa forma, isoladas. Essa divisão, didaticamente, tem a finalidade de explicar de modo mais detalhado cada uma dessas dimensões. Logo, não deve-se perder a noção de que esses três pilares, ao mesmo tempo, convivem, misturam-se, entrelaçam-se, ancoram-se e se interferem, mutuamente. A figura 1 tenta sintetizar essa reflexão.

A figura 1 instiga à reflexão sobre o cuidado, particularmente em relação às especificidades de cada uma das três dimensões do cuidado: a ontológica, a qual se refere às múltiplas perspectivas que o integram; a epistemológica, que remete às concepções que o fundamentam e, portanto, o conhecimento que é pertinente para exercê-lo; e a metodológica, que diz respeito à sua mediação da *práxis*, nesse caso o processo de ensino e a aprendizagem interagem, e dessa intersecção, isto é, do encontro dessas três dimensões, emerge o cuidado. Portanto, esse fenômeno só pode ser compreendido, de forma ampliada, quando se



Fonte: Adaptado de Therrien J. Novos contextos da pós-graduação em educação: uma reflexão sobre parâmetros que permeiam a formação para o saber profissional. Anais do 22o Encontro de Pesquisa Educacional do Norte e Nordeste (EPENN); 2014 Out 28-31; Natal, Brasil.⁽⁷⁾

Figura 1. Esquema da relação estabelecida entre os pilares ontológico, epistemológico e metodológico na constituição do cuidado de Enfermagem

relacionam essas dimensões, valorizando a singularidade de cada uma e, ao mesmo tempo, a pluralidade que surge desse encontro.

Por se referir a um artigo de reflexão, um dos seus limites diz respeito à necessidade de verificar, a partir de pesquisa de campo, a presença desses pilares do cuidado de Enfermagem, no saber-fazer dos enfermeiros.

Discutir, neste artigo, sobre o cuidado de Enfermagem nas dimensões ontológica, epistemológica e metodológica trata-se, a priori, de um convite ao exercício de pensar sobre o significado e a vivência desse cuidado como algo inerente à rotina de trabalho¹⁷, até mesmo desconstruindo ideias previamente concebidas que podem restringir a atuação profissional.

Assim, por mais que, nos últimos anos, tenha aumentado o número de homens que ingressam na Enfermagem, ainda pode-se observar um processo de feminização na/da categoria¹⁸. Esse predomínio de sujeitos do sexo feminino, dentre outros motivos, remete à perspectiva de que o cuidado estaria mais vinculado ao sexo feminino. Logo, compreender a complexidade e a singularidade do cuidado propicia romper, por exemplo, com essa visão limitada do cuidado como condicionado à “natureza feminina” e, portanto, entendê-lo como inerente à condição do ser humano e com saberes e fazeres específicos ao ser

realizado pelo enfermeiro, pelo técnico e pelo auxiliar de Enfermagem.

Além disso, estudar os fundamentos do cuidado de Enfermagem subsidia o entendimento da sua relevância na prática em saúde, isto é, seu papel na cura, reabilitação, prevenção de doenças e promoção da saúde e, desse modo, evidencia aos profissionais de Enfermagem a necessidade de lutar por melhores condições de trabalho. Inclusive no contexto atual, marcado pela pandemia do COVID-19, ocasionada pelo coronavírus, o SARS-CoV-2, trouxe à tona o papel protagonista dos trabalhadores de Enfermagem no enfrentamento a essa condição de saúde¹⁹, mostrando que esse profissional precisa cuidar de si, bem como ser cuidado para, então, estar apto a cuidar do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a compreensão de que o cuidado de Enfermagem apresenta três dimensões: o cuidado como inerente à condição de ser humano (ontologia); o saber-fazer da Enfermagem, que singulariza o cuidado realizado pelo enfermeiro (epistemologia) e a *práxis*, articulação entre teoria e prática, o aprender-ensinar sobre como cuidar (metodologia). Assim, pode-se depreender que o cuidado realizado pelo enfermeiro alicerça-se num cuidado muito maior, que é o humano, mas, ao mesmo tempo, apresenta, graças ao seus saberes e fazeres, uma especificidade que o distingue do cuidado realizado por outras profissões ou em outras situações. E esse cuidado precisa estabelecer uma interlocução entre teoria e prática, levando a um aprendizado inicial e permanente de como cuidar.

Por mais que, em algumas circunstâncias, não se perceba, o cuidado nessas três dimensões faz-se presente em cada ação realizada pelo enfermeiro, nos diversos cenários de trabalho, que ao ao realizar uma consulta de Enfermagem, ou uma atividade com grupos, ou administrar um medicamento, por exemplo, há, naquele momento, a materialização de um cuidado inerente ao ser humano, ao saber-fazer da Enfermagem, à *práxis* e ao ensinar-aprender sobre essa assistência.

Por isso, argumenta-se a necessidade de que os pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos acerca do cuidado de Enfermagem sejam amplamente discutidos como forma de sensibilizar os profissionais para a relevância de pensarem sobre que concepções e percepções fundamentam o seu saber-fazer como enfermeiro. Entende-se que pensar sobre essas compreensões torna-se o passo inicial para que o enfermeiro

reconheça o *ethos* da sua profissão, possa valorizá-la ainda mais e ter os subsídios pertinentes para fundamentar as lutas por melhores condições de trabalho para a Enfermagem, o que conseqüentemente refletirá em mais qualidade de vida para os próprios profissionais e para a população.

Contribuições dos autores:

ESB: concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito, e aprovação da versão final a ser publicada. SMNT: concepção do estudo, revisão crítica do manuscrito, e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Queirós PJ, Fonseca EP, Mariz MA, Chaves MC, Cantarino SG. Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016;4(10):85-94.
2. Donoso MT, Donoso MD. O cuidado e a Enfermagem em um contexto histórico. *Rev Enferm UFJF*. 2016;2(1):51-5.
3. Collière MF. *Promover la vida*. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2001.
4. Martín-Caro CG, Martín ML. *Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado enfermeiro*. Madrid: Elsevier; 2007.
5. Waldow VR. *Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem*. Petrópolis: Vozes; 2010.
6. Dias LP, Dias MP. Florence Nightingale e a história da Enfermagem. *Hist Enferm Rev Eletrônica*. 2019;10(2):47-63.
7. Therrien J. Novos contextos da pós-graduação em educação: uma reflexão sobre parâmetros que permeiam a formação para o saber profissional. *Anais do 22o Encontro de Pesquisa Educacional do Norte e Nordeste (EPENN)*; 2014 Out 28-31; Natal, Brasil.
8. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano*. Petrópolis: Vozes; 2005.
9. Heidegger M. *Ser e tempo: Parte I*. Petrópolis: Vozes; 2002.
10. Heidegger M. *Ser e tempo: Parte II*. Petrópolis: Vozes; 2002.
11. Silva TA, Solano Ruiz MC, Siles González J, Freitas GF. Identidade profissional do enfermeiro gestor à luz do Modelo Estrutural Dialético dos Cuidados. *Chia*. 2019;19(3):1-14.
12. Carvalho V. Ética e valores na prática profissional em saúde: considerações filosóficas, pedagógicas e políticas. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(esp 2):1797-1802.
13. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2005.
14. Vieira AN, Silveira LC, Miranda KC, Franco TB. A formação em enfermagem enquanto dispositivo indutor de mudanças na produção do cuidado em saúde. *Rev Eletrônica Enferm*. 2011;13(4):758-63.
15. Machado MH, Wermelinger M, Vieira M, Oliveira E, Lemos W, Aguiar Filho W, et al. Aspectos gerais da formação da Enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm Foco*. 2016;7(esp):15-27.
16. Rangel RF, Backes DS, Ilha S, Zamberlan C, Siqueira HC, Costenaro RG. Formação para o cuidado integral: percepção de docentes e discentes de enfermagem. *Rev Fund Care*. 2017;9(2):488-94.
17. Costa PC, Garcia AP, Toledo VP. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e4550015.
18. Macedo RM. Resistência e resignação: narrativas de gênero na escolha por enfermagem e pedagogia. *Cad Pesqui*. 2019;49(172):54-76.
19. Souza e Souza LP, Souza AG. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? *J Nurs Health*. 2020;10(4):e20104005.

TEORIA DO CONFORTO NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM PELO MÉTODO DE PESQUISA-CUIDADO

Keila Maria de Azevedo Ponte¹

Lúcia de Fátima da Silva²

Ivete Palmira Sanson Zagonel³

Maria Vilani Cavalcante Guedes²

Maria Sinara Farias²

<http://orcid.org/0000-0001-5215-7745>

<http://orcid.org/0000-0002-3217-3681>

<http://orcid.org/0000-0002-6169-0709>

<http://orcid.org/0000-0002-6766-4376>

<http://orcid.org/0000-0002-2695-502z>

Objetivo: Implementar a Teoria do Conforto, mediada pela pesquisa-cuidado, para o alcance de integridade institucional, na prática clínica de enfermeiros em unidade coronariana.

Métodos: Pesquisa-cuidado realizada de abril de 2014 a janeiro de 2015 com enfermeiros e pessoas com coronariopatias de um hospital público em Sobral-Ceará-Brasil.

Resultado: O método de pesquisa-cuidado facilitou o uso da Teoria do Conforto na prática de cuidar de pessoas com coronariopatias, por meio de diálogos entre enfermeiro pesquisador e enfermeiros assistenciais. Foi possível orientá-los na implementação de uma teoria e um método de pesquisa no cotidiano de cuidado, com vistas a melhores políticas e práticas para integridade institucional.

Conclusão: A Teoria do Conforto, no cuidado clínico de Enfermagem direcionado às pessoas com coronariopatias mediada pela pesquisa-cuidado, permite diálogos entre enfermeiro pesquisador e enfermeiros da prática clínica e favorece o alcance da integridade institucional.

Descritores: Enfermagem; Cuidados de conforto; Comunicação em saúde; Coronariopatias; Pesquisa em enfermagem clínica

THEORY OF COMFORT IN CLINICAL NURSING CARE BY THE RESEARCH-CARE METHOD

Objective: To implement the Comfort Theory, mediated by research-care, to achieve institutional integrity in the clinical practice of nurses in a coronary care unit.

Methods: Care research carried out from April 2014 to January 2015 with nurses and people with coronary diseases at a public hospital in Sobral-Ceará-Brazil.

Results: The care-research method facilitated the use of Comfort Theory in the practice of caring for people with coronary artery disease, through dialogues between nurse researchers and nursing assistants. It was possible to guide them in the implementation of a theory and a research method in daily care, with a view to better policies and practices for institutional integrity.

Conclusion: The Theory of Comfort, in clinical nursing care directed to people with coronary diseases mediated by research-care, allows dialogues between nurse researchers and nurses in clinical practice and favors the achievement of institutional integrity.

Keywords: Nursing; Comfort care; Health communication; Coronary diseases; Clinical nursing research

TEORÍA DEL CONFORT EN LA ATENCIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR EL MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo: Implementar la Teoría del Confort, mediada por la investigación-atención, para lograr la integridad institucional en la práctica clínica de las enfermeras en una unidad de atención coronaria. **Métodos:** Investigación de la atención realizada entre abril de 2014 y enero de 2015 con enfermeras y personas con enfermedades coronarias en un hospital público en Sobral-Ceará-Brasil.

Resultados: El método de investigación de la atención facilitó el uso de la Teoría de la comodidad en la práctica del cuidado de las personas con enfermedad de las arterias coronarias, a través de diálogos entre investigadores de enfermería y asistentes de enfermería. Fue posible guiarlos en la implementación de una teoría y un método de investigación en la atención diaria, con miras a mejores políticas y prácticas para la integridad institucional.

Conclusión: La Teoría de la Confort, en la atención clínica de enfermería dirigida a personas con enfermedades coronarias mediada por la investigación-atención, permite el diálogo entre enfermeras investigadoras y enfermeras en la práctica clínica y favorece el logro de la integridad institucional.

Descriptor: Enfermería; Cuidado de la comodidad; Comunicación de salud; Enfermedades coronarias; Investigación en enfermería clínica

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

²Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil.

Autor correspondente: Maria Sinara Farias | Email: sinara.farias@aluno.uece.br

Recebido: 28/04/2020 - Aceito: 24/12/2020

INTRODUÇÃO

Trata-se do estudo de investigação acerca do cuidado clínico de Enfermagem para o conforto de pessoas com coronariopatias mediado pela pesquisa-cuidado, com fundamento na Teoria do Conforto^{1,2}.

Nesta investigação, o cuidado de Enfermagem é compreendido como solicitude, preocupação, como um ato de responsabilidade que o profissional exibe quando incorpora princípios e valores do cuidado com envolvimento genuíno ao entender, respeitar e ajudar o ser que se encontra vulnerável. Para o cuidar humano sensível, ético e estético, o enfermeiro busca o sustentáculo na internalidade da profissão, na criticidade do saber-fazer, nos referenciais teórico-filosóficos da pesquisa científica e nas Teorias de Enfermagem^{3,4}.

Portanto, o cuidado profissional de Enfermagem corresponde à essência da profissão e se realiza mediante ações de cuidado e orientações para manter e conservar a vida, ancorado em saberes estruturados e humanísticos que permitem manter o conforto do ser cuidado⁵.

Assim, a clínica no âmbito da saúde e da Enfermagem, carrega em si uma polissemia que abarca desde uma perspectiva de interpretação de sinais e sintomas da doença no corpo até um plano relacional que tem nos sujeitos e em suas existências o ponto de partida para sua abordagem. Neste âmbito, o cuidado clínico de Enfermagem não se limita apenas ao uso do raciocínio clínico, diagnóstico, prescrição e avaliação da terapêutica instituída, envolve também as relações do profissional com a pessoa cuidada, os modos que o sujeito encontra significado e apropriação de sua história de vida, seus signos e sintomas^{6,7}.

Neste estudo, o cuidado clínico foi pensado como meio de atender a satisfação do conforto de pessoas com coronariopatias por enfermeiros da prática de cuidar. Destaca-se, portanto, a importância do conforto proporcionado por meio do cuidado clínico de Enfermagem como meta dos enfermeiros que prestam cuidado em diversos cenários e contextos de prática clínica, dentre os quais para pessoas com coronariopatias em Unidade Coronariana (UCO). Estes setores hospitalares abrigam internações de pessoas adoecidas do coração, em especial, enfrentando as denominadas Síndromes Coronarianas Agudas (SCA)^{8,9}.

Para cuidar do ser humano nos ambientes de terapia intensiva é primordial uma reflexão dos profissionais da saúde, no que se refere à imprescindibilidade de continuidade da dissociação entre priorizar o uso de tecnologias duras às ações humanas de cuidado dirigido ao ser humano, já que é imperativo o uso destas duas vertentes de cuidar nestes ambientes¹⁰.

Assim, para cuidar e confortar pessoas nestas circunstâncias, os enfermeiros necessitam de um saber ancorado na fundamentação teórica da profissão, que é regida tanto pelas ciências básicas, que fornecem a base para o cuidado, quanto pelo seu saber próprio, tendo como exemplo as Teorias de Enfermagem.

Desta maneira, percebe-se, na Enfermagem, a importância de operacionalizar o cuidado, embasado em teorias que facilitem e permeiem a prática de cuidar, permitindo a satisfação da pessoa adoecida. Diante do exposto, escolheu-se como fundamento para direcionar o presente estudo, a Teoria do Conforto².

Com base no exposto, a Teoria do Conforto apresenta como um dos seus objetivos o alcance da integridade institucional, que incluído a satisfação do paciente, redução de custos, melhoria do acesso, menor índice de morbidade, diminuição de internações e reinternações, melhores resultados relacionados à saúde, eficiência dos serviços, relação positiva custo-benefício².

Para isto, fez-se necessário, inicialmente, envolver enfermeiros para o uso da pesquisa com base na Teoria do Conforto na prática. Posto que sua viabilização, a partir da ótica da pesquisadora, na dissertação inviabilizou atingir a sua totalidade, uma vez que estes profissionais não foram envolvidos. Assim, com a participação dos enfermeiros, considerava-se que poderiam ser mediadores e incentivadores para o alcance do conforto das pessoas com coronariopatias, por meio da pesquisa fundamentada na Teoria do Conforto.

Em vista do exposto, este estudo teve como objetivo implementar a Teoria do Conforto, mediada pela pesquisa-cuidado, para o alcance de integridade institucional na prática clínica de enfermeiros em unidade coronariana.

MÉTODOS

Foi utilizado a Teoria do Conforto como referencial teórico, seguindo três momentos, quais sejam: no primeiro momento, o enfermeiro avalia o paciente, identifica as necessidades de conforto, implementa intervenções e aprecia a satisfação de conforto. No segundo momento, as atividades que promovem conforto são intensificadas e o paciente é preparado a desenvolver comportamentos que buscam seu bem estar. Já o terceiro momento corresponde à integridade institucional, que ocorre quando instituição e equipe de cuidados são preparadas para a tentativa de aperfeiçoar a qualidade dos serviços com melhores políticas e práticas de saúde direcionadas a confortar sua clientela².

Trata-se de uma pesquisa com desenho qualitativo, caracterizada como uma pesquisa-cuidado. Para viabilizar

uma pesquisa-cuidado, propõem-se o seguimento de cinco etapas que se sucedem: aproximação com o objeto de estudo; encontro com o ser pesquisado-cuidado; estabelecimento das conexões da pesquisa, teoria e prática do cuidado; afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado; e análise do apreendido. A efetivação destas etapas acontece conforme ocorre o encontro do pesquisador-cuidador e do ser pesquisado-cuidado¹.

O cenário de tais encontros foi a UCO do Hospital do Coração Padre José Linhares Ponte, em Sobral-Ceará-Brasil.

Para composição dos participantes desta pesquisa foram convidados os enfermeiros pesquisadores-cuidadores e pessoas com coronariopatias, sendo estes nomeados de pesquisados-cuidados, conforme propõe o método de pesquisa cuidado. Como critérios de inclusão dos pesquisados-cuidados: pessoas admitidas na UCO durante o período de coleta, com mais de dezoito anos, diagnóstico médico de coronariopatias (Infarto Agudo do Miocárdio, Angina Instável, Síndrome Coronariana Aguda) e admitidos no plantão de enfermeiro participante da pesquisa. Foi proposto que cada enfermeiro realizasse a admissão de pelo menos um paciente durante o período da coleta. Deste modo, foram 21 os pesquisados-cuidados, dos quais dois foram descontinuados em virtude de óbito em menos de doze horas.

As informações foram coletadas durante o período de abril, maio e junho de 2014. Assim considerando, apresentaram-se, na sequência, as etapas percorridas pelo método pesquisa-cuidado, conforme proposto para o desenvolvimento da investigação.

A aproximação com o objeto de estudo ocorreu mediante vivências pessoais, profissionais e acadêmicas. Como referencial teórico, conforme apresentado, a escolha recaiu sobre a Teoria do Conforto para fundamentar e articular com o objeto e o método de estudo. Nesta etapa da pesquisa-cuidado, considerou-se a proximidade dos enfermeiros da prática clínica com as pessoas com coronariopatias e buscou-se aproximá-los do conhecimento acerca da Teoria do Conforto e do método de pesquisa-cuidado. Para isto, estabeleceram-se três diálogos de pesquisa e cuidado entre enfermeiro pesquisador e os dezoito enfermeiros denominados na investigação de Enfermeiros Pesquisadores-Cuidadores (EPC).

O primeiro diálogo teve caráter motivacional e de sensibilização dos enfermeiros para participar da pesquisa, com a apresentação do projeto de pesquisa e, em seguida, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; além de promover a aproximação dos enfermeiros pesquisadores-cuidadores com o objeto de estudo. No segundo diálogo

o tema de discussão foi Pesquisa em Enfermagem, considerando ser uma das proposições da pesquisa-cuidado: pesquisa, teoria e prática. Nesta etapa, o intuito foi identificar o saber-saber e saber-fazer de enfermeiros da prática assistencial acerca de pesquisa em Enfermagem; conhecer sua percepção sobre pesquisar e cuidar simultaneamente; e despertar o interesse pela pesquisa em enfermagem em cardiologia.

O terceiro diálogo de pesquisa e cuidado teve a finalidade de: compreender o saber dos enfermeiros sobre Teorias de Enfermagem; apresentar detalhadamente a Teoria do Conforto de Kolcaba; estimular o interesse na implementação da teoria na prática; e orientar as etapas seguintes da pesquisa-cuidado. Para esta investigação, o encontro entre enfermeiro pesquisador-cuidador e pessoas pesquisadas-cuidadas deu-se no primeiro contato de cada enfermeiro com os pacientes com coronariopatias.

Ressalta-se que para dar suporte à coleta, à identificação das necessidades e implementação das medidas de conforto, foi usado um formulário de caracterização dos Pesquisados-Cuidados e roteiro com medidas de conforto. Para cada medida de conforto, foi identificada/percebida a satisfação de conforto pelas pessoas com coronariopatias. Como proposto pela Teoria do Conforto, as atividades que promoveram conforto eram intensificadas, assim como paciente e enfermeiros eram preparados para desenvolver comportamentos de busca em saúde⁸.

O afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado ocorreu diante da alta do paciente da Unidade Coronariana. Para tanto, ao fazer o primeiro contato com o ser cuidado para obter o consentimento de participação na pesquisa, o enfermeiro pesquisador-cuidador comunicava que os encontros durariam até o final da coleta das informações, que correspondia a sua saída, por alta, de UCO. Ressalte-se que as pessoas com coronariopatias eram informadas que, tanto durante a coleta de informações da pesquisa como após seu término, lhes era garantida a continuidade dos cuidados de saúde habituais na unidade de internação tipo enfermaria.

As informações obtidas durante o período de coleta, diálogos de pesquisa-cuidado com os enfermeiros, descrição dos cuidados prestados pelos enfermeiros e a entrevista com as pessoas com coronariopatias, foram analisadas com foco no referencial teórico do conforto, por meio da análise de conteúdo. Seguindo este método, cada etapa da pesquisa foi organizada buscando descobrir os núcleos de sentido que tinham relação com o objeto da pesquisa.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo o projeto desta

pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob Parecer nº 501.830/2013.

RESULTADOS

Para adotar a Teoria do Conforto, foi necessário conhecer variáveis intervenientes que poderiam interferir em sua aplicabilidade prática. Por isto, caracterizaram-se 18 enfermeiros pesquisadores-cuidadores e as 21 pessoas com coronariopatias, os pesquisados-cuidados. A idade dos pesquisadores-cuidadores era de 24 a 59 anos, dezesseis eram mulheres, 11 não tinham filhos e 15 eram católicos. O perfil profissional mostrou que o tempo de graduação e de trabalho no *locus* da investigação foi de um ano até mais de 10 anos, e 15 eram especialistas. Apesar de pouca produção científica e participação em eventos, todos mostraram interesse em participar da pesquisa científica.

Quanto aos pesquisados sujeitos de cuidado, a idade foi de quarenta a 84 anos, 17 eram do sexo masculino, houve diversidade em anos de estudo, 15 tinham companheiros fixos e 17 eram católicos. No que se refere ao diagnóstico médico, 13 eram de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e oito Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Os fatores de risco presentes eram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo, sedentarismo, estresse, obesidade, adiposidade abdominal, uso de álcool, hipercolesterolemia, Diabetes *mellitus* e menopausa. Eles apresentaram conhecimento superficial sobre sua doença, por isto foi relevante propiciar orientações em saúde.

A implementação dos cuidados clínicos de Enfermagem direcionados ao conforto de pessoas com coronariopatias

ocorreu pelos enfermeiros pesquisadores-cuidadores após os diálogos de pesquisa, teoria e conforto. Eles realizavam o encontro com os pesquisados sujeitos de cuidado, identificavam as necessidades de cuidados em saúde e implementavam as medidas de conforto a partir da individualidade e subjetividade de cada um. Adotavam-se comportamentos de busca em saúde, ao tempo em que verificavam exteriorização de in(satisfação) a partir das ações desempenhadas.

No quarto e quintos diálogos entre os enfermeiros envolvidos no estudo para discussão do processo de pesquisa-cuidado na prática, identificou-se que os pesquisadores-cuidadores adotaram com êxito as etapas para efetivação da Teoria do Conforto pelo método de pesquisa-cuidado conforme planejado. Isto proporcionou conforto das pessoas com coronariopatias nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, favorecendo a identificação dos Comportamentos de Busca em Saúde (CBS).

A figura 1 apresenta as medidas de conforto proporcionadas as pessoas com coronariopatias pela a partir da Teoria do Conforto, por meio da pesquisa-cuidado.

No contexto físico, as medidas foram alívio da precordialgia e outras sintomatologias clínicas; conforto no leito, sono e repouso; cuidados com manuseio de equipamentos, medicamentos e procedimentos; satisfação das necessidades básicas de hidratação, higienização, alimentação e eliminação; e cuidados no sítio de punção e retirada do dispositivo intra-arterial.

No que diz respeito ao contexto psicoespiritual, o conforto foi propiciado por fortalecimento da espiritualidade, orientações em saúde, alívio do medo e ansiedade, promovendo confiança, orientação no tempo e espaço,

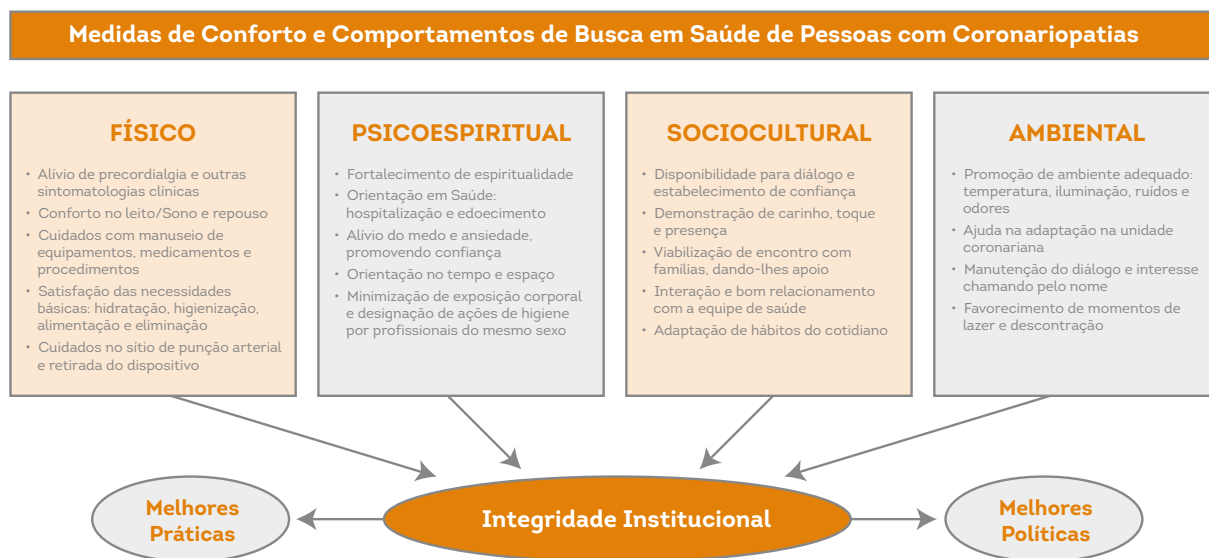


Figura 1. Mapa conceitual das medidas de conforto e estratégias para alcance da integridade institucional

minimização de exposição corporal e designação de ações de higiene por profissionais do mesmo sexo do paciente.

Quanto ao contexto ambiental, às medidas de conforto foram promoção do ambiente adequado quanto à temperatura, iluminação, ruídos e odores, ajuda na adaptação na unidade coronariana, manutenção do diálogo e interesse, chamando-o pelo nome, e favorecimento de momentos de lazer e descontração.

E no contexto sociocultural, as medidas de conforto reforçadas foram voltadas à disponibilidade para diálogo e estabelecimento de confiança, demonstração de carinho, toque e presença, viabilização de encontros com as famílias, dando-lhes apoio, interação, além de bom relacionamento com equipe de saúde e adaptação de hábitos do cotidiano.

Os pesquisados sujeitos de cuidados quando estiveram confortáveis, manifestaram satisfação ao verbalizar elogios com atendimento recebido, apresentaram expressões faciais de felicidade, pediram abraços, relataram que estavam rezando pelos profissionais, entregaram lembrancinha e ofereceram dinheiro em troca do cuidado recebido.

Nesta perspectiva, ocorreu relação dos cuidados de conforto com a redução de reinternações, quando eles focaram na importância das ações de orientações em saúde para a pessoa cuidada adquirir melhor conhecimento de sua doença e se cuidar melhor. Destacaram, também, as implicações de se estabelecer diálogo e ser presença junto ao paciente, ouvindo e atendendo suas necessidades de saúde, fornecendo carinho e ambiente adequado e, com isto, reduzindo episódios de confusão mental, desorientação e lesões decorrentes do uso de contenção na unidade coronariana.

A partir das medidas de conforto, foi possível minimizar comorbidades e reinternações de pessoas atendidas em UCO, por ocorrer menores chances de outros sintomas, como confusão mental e desorientação. O paciente orientado dos cuidados que deve a serem seguidos no lar, passa a desempenhá-los, diminuindo suas chances de reinternação.

Mesmo nas situações de morte, os enfermeiros pesquisadores-cuidadores propiciaram conforto aos familiares, com suporte em suas necessidades, ajudando a superar a perda do familiar. Atitudes como estas, de fornecer apoio à família das pessoas que evoluem com óbito na unidade coronariana, são considerados pela Teoria do Conforto, como dito, "morte pacífica" e favorece a satisfação das pessoas cuidadas, bem como exemplifica melhores práticas institucionais.

A inserção da pesquisa na UCO permitiu implicações positivas para o cuidado de Enfermagem e, sobretudo, para

as pessoas atendidas naquele hospital, pois aproximou o enfermeiro da pessoa cuidada. Os pacientes com coronariopatias, que participaram do estudo, foram beneficiados, pois tiveram suas necessidades de conforto satisfeitas, na medida do possível, ocasionando-lhes bem estar durante a hospitalização em unidade coronariana.

Outro fato significativo foi a adesão e disponibilidade manifesta dos enfermeiros na participação nos diálogos, por terem sido beneficiados com aperfeiçoamento do saber por meio de discussão de temas referentes a pesquisa, teoria e prática de cuidar para promover conforto. Esses momentos de interação também despertaram nos profissionais da prática o interesse em fazer produção científica em Enfermagem.

DISCUSSÃO

É preciso fortalecer as estratégias de diálogos entre enfermeiros pesquisadores e enfermeiros assistenciais. Este estudo apresentou um modelo de implementação da Teoria do Conforto, por meio da pesquisa-cuidado, a pessoas com coronariopatias, destacando a possibilidade do alcance da integridade institucional por meio de melhores políticas e práticas assistenciais.

Vale considerar o reconhecimento da necessidade de contratar mais enfermeiros pesquisadores para suporte e/ou orientação aos enfermeiros clínicos, com vistas ao desenvolvimento de pesquisa de alta qualidade, obtendo uma transformação real na produção de conhecimento científico dos enfermeiros hospitalares, possibilitando a avaliação e os acompanhamentos adequados da vocação de cada enfermeiro¹¹. E foi justamente o que neste estudo procurou-se atender: o diálogo de pesquisa e cuidado entre enfermeiro pesquisador e enfermeiros da prática clínica do cuidar.

Pela pesquisa-cuidado é possível aguçar a cientificidade na prática de cuidar por aliar conhecimentos, articular pressuposições e predizer novas abordagens a partir dos resultados da investigação. Neste sentido, para um cuidado de Enfermagem adequado e individualizado, é necessária a adoção do Processo de Enfermagem, baseado em uma teoria específica que seja do entendimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado^{11,12}.

Isto posto, considerando as possibilidades de transcendência do paciente diante do seu adoecimento, é possível despertar mudanças na prática do cuidado. No entanto, os enfermeiros ainda se deparam com vários impedimentos para humanizar o atendimento e aproximá-lo do preconizado pelas Teorias de Enfermagem, as quais prezam por um cuidado integral. Um desses impedimentos é a deficiência de um quantitativo de profissionais adequados, o que torna

a demanda superior ao poder de resolubilidade da equipe. Já que as Teorias de Enfermagem buscam aprimorar e dar maior perceptibilidade à profissão, é essencial que haja maior valorização de suas teorias como modo de consolidação do cuidado^{13,14}.

Destaca-se, deste modo, que uma das vantagens do uso da pesquisa-cuidado na prática é a possibilidade de realizar cuidados de conforto imediatamente após a identificação da necessidade de cuidar. Assim, a efetivação de pesquisas envolvendo este método e a Teoria do Conforto de Kolcaba propicia integração e proximidade entre pesquisador-cuidador e pesquisados-cuidados, além de ensejar resultados imediatos que proporcionaram conforto pelas ações dirigidas às necessidades individuais¹⁵.

Integrando esta ideia, pela pesquisa-cuidado ocorre fortalecimento das relações interpessoais por meio do diálogo genuíno, intersubjetividade humanística e convívio fenomenológico, em uma relação compartilhada de busca de significado durante a investigação e o ato de cuidar^{1,16,17}.

O uso da Teoria do Conforto de Kolcaba em pacientes cardíacos beneficia a prática da Enfermagem, pois esta teoria por si é humanizadora, holística e baseada nas necessidades do paciente. Então quando os enfermeiros obtêm respostas eficazes para as necessidades de conforto dos pacientes, ocorrem melhores resultados para o paciente e instituição. E estas respostas são consideradas Comportamento de Busca em Saúde (CBS) e possui implicações na satisfação referida pelas pessoas cuidadas. Os CBS são indicadores de produtividade dos cuidados clínicos de Enfermagem, nos quais são de grande interesse para os gestores dos serviços de saúde, por facilitar a diminuição da permanência hospitalar, duração da estadia, o sucesso na alta hospitalar e melhoria do relacionamento quando pacientes e famílias estão felizes com os cuidados de saúde recebidos¹⁸.

No envolvimento dos pacientes com os comportamentos de busca por saúde, obtêm como resultado o reforço das ações reconfortantes, assim, enfermeiros e pacientes ficam mais satisfeitos. Destarte, quando os pacientes estão satisfeitos com seus cuidados de saúde em uma instituição específica, esse local mantém a sua integridade institucional. Assim, a busca pelo conforto do paciente é uma missão tradicional da Enfermagem, sendo objetivo de seus cuidados, orgulho da profissão e inspiração para realização de seus trabalhos^{19,20}.

Dando seguimento a esta discussão, a saúde é o resultado de um processo dinâmico e contínuo, um estado de equilíbrio que resulta no controle do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultura.

Entre tantas situações, em especial, no tratamento e reabilitação das doenças cardiovasculares, as quais estão entre as morbidades mais letais e onerosas para os sistemas de saúde^{21,22}.

Com isso, salienta-se a importância que o enfermeiro use em sua prática profissional um método de trabalho para planejar, executar e avaliar suas ações em sincronia com o sistema de saúde²³. E assim, possa melhorar a segurança do paciente, bem como indicadores de qualidade institucional.

Observou-se a necessidade de estudos que atendam por completo a implementação da Teoria do Conforto, sobretudo no que concerne ao terceiro momento equivalente à integridade institucional. Assim, torna-se imprescindível a produção de estudos que adotem a Teoria do Conforto em qualquer contexto de cuidar, direcionados a mensurar a satisfação dos pacientes, relação custo-benefício, redução de comorbidades e reinternações. Sendo necessário também, a realização de estudos que promovam o estreitamento da relação entre pesquisadores e profissionais da prática clínica de cuidar, como meio de interação e troca de conhecimento, visando estratégias para melhorar a prática de cuidar do ser humano no processo saúde-doença-cuidado.

Este estudo foi relevante pelas trocas de saberes mútuos entre enfermeiro pesquisador, enfermeiros da prática clínica e pessoas com coronariopatias sobre pesquisa, teoria e conforto como meio e produto das ações desempenhadas pela equipe de Enfermagem. Isto foi percebido pelas expressões de contentamento das pessoas envolvidas na pesquisa.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu demonstrar a contribuição da implementação da Teoria do Conforto no cuidado clínico de Enfermagem, mediada pela pesquisa-cuidado, a pessoas com coronariopatias para alcance da integridade institucional. Para isto, aconteceram diálogos de pesquisa e cuidado entre enfermeiro pesquisador e enfermeiros da prática de cuidar em uma unidade coronariana, sendo três para apresentação do projeto, discutir pesquisa, teorias e conforto em Enfermagem; momentos para discussão da pesquisa-cuidado na prática; e diálogo para possibilidade do alcance da integridade institucional.

Os momentos de diálogos foram relevantes, pois permitiram instrumentalizar estes profissionais para adotarem a Teoria do Conforto pelo método de pesquisa-cuidado, como meio de proporcionar o conforto da pessoa cuidada, bem como estímulo para realização de pesquisa científica em sua prática de cuidar.

Assim considerando, é possível assegurar que a Teoria do Conforto no cuidado clínico de Enfermagem direcionada às pessoas com coronariopatias, mediada pela pesquisa-cuidado, permite diálogos entre enfermeiro pesquisador e enfermeiros da prática clínica e favorecem o alcance da integridade institucional.

Contribuição dos autores:

Keila Maria de Azevedo Ponte: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d)

aprovação da versão final a ser publicada. Lúcia de Fátima da Silva: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Ivete Palmira Sanson Zagonel: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Maria Vilani Cavalcante Guedes: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Maria Sinara Farias: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada).

REFERÊNCIAS

1. Neves EP, Zagonel IPS. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2006;11(1):73-9.
2. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer; 2003.
3. Crivaro ET, Almeida IS, Souza IE. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(2):248-54.
4. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investig Enferm Imagen Desarro*. 2015;17(1):13-25.
5. García Hernández ML, Cárdenas Becerril L, Arana Gómez B, Monroy Rojas A, Hernández Ortega Y, Salvador Martínez C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(spe):74-80.
6. Vieira NA, Silveira LC, Franco TB. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(1):9-24.
7. Silveira LC, Vieira AN, Monteiro AR, Miranda KC, Silva LF. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. *Esc Anna Nery*. 2013;17(3):548-4.
8. Kolcaba K. The Comfort Line [Internet]. 2010 [cited 2011 Jan 29]. Available from: <http://www.thecomfortline.com/>
9. Piegas LS, Avezum A, Guimarães HP, Muniz AJ, Reis HJ, Santos ES, et al. Acute coronary syndrome behavior: results of a Brazilian registry. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(6):502-10.
10. Cunha PJ, Zagonel IP. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):412-9.
11. Leão ER, Farah OG, Reis EA, Barros CG, Mizoi CS. Academic profile, beliefs, and self-efficacy in research of clinical nurses: implications for the Nursing Research Program in a Magnet Journey™ hospital. *Einstein (São Paulo)*. 2013;11(4):507-13.
12. Furtado LG, Nóbrega MM. Model of care in chronic disease: inclusion of a theory of nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):1197-204.
13. Silva FV. *Processo de enfermagem no cuidado clínico de conforto no domicílio para pessoas com insuficiência cardíaca [dissertação]*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2013.
14. Rosa LM, Mercês NN, Santos VE, Radünz V. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. *Rev Enferm UERJ*. 2008;16(3):410-4.
15. Ponte KM, Silva LF. Implementation of the care-research method based on the comfort theory: experience report. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014;13(2):388-93.
16. Mussi FC, Freitas KS, Gibaut MAM. Prácticas del cuidar en Enfermería para la promoción del confort. *Index Enferm*. 2014;23(1-2):65-9.
17. Ponte KM, Silva LF, Aragão AE, Guedes MV, Zagonel IP. Clinical nursing care to comfort women with acute myocardial infarction. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(1):56-64.
18. Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Appl Nurs Res*. 2014;27(2):147-50.
19. Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook*. 2011;49(2):86-92.
20. Kolcaba K. Open Letter to the American Nurses Association (ANA) [Internet]. 2013. [cited 2014 Dec 20]. Available from: <http://thecomfortline.blogspot.com.br/2013/04/open-letter-to-american-nurses.html>
21. Mota M, Cunha M, Santos M, Cunha IC, Alves M, Marques N. Intervenções de enfermagem pré-hospitalar: revisão narrativa. *Enferm Foco*. 2019;10(4):121-7.
22. Alves TE, Vieira AN, Guedes MV, Brilhante CK, Oliveira CJ, Dantas SG. Diretrizes de enfermagem na assistência pré-hospitalar para urgências/emergências cardiovasculares. *Enferm Foco*. 2019;10(5):172-8.
23. Tavares CM, Mesquita LM. Sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. *Enferm Foco*. 2020;10(7):121-6.

ARTIGO 3 – ESTUDO DE CASO

CUIDADO DE ENFERMAGEM À IDOSA COM SÍNDROME DA FRAGILIDADE FUNDAMENTADO NA TEORIA DO CONFORTO

Sarah Lídia Fonteles Lucena¹ <https://orcid.org/0000-0002-3520-3081>
Fernanda Silva Farias¹ <https://orcid.org/0000-0002-8583-1158>
Lucélia Malaquias Cordeiro¹ <https://orcid.org/0000-0001-6066-9265>
Daisy Teresinha Reis Coutinho¹ <https://orcid.org/0000-0002-4989-9235>
Lucia de Fatima da Silva¹ <https://orcid.org/0000-0002-3217-3681>
Maria Célia de Freitas¹ <https://orcid.org/0000-0003-4487-1193>

Objetivo: Descrever resultados e intervenções/atividades de Enfermagem para a idosa com o Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil, fundamentado na Teoria do Conforto.

Métodos: Estudo de caso clínico, realizado com idosa com o Diagnóstico de Enfermagem síndrome do idoso frágil, residente de Instituição de Longa Permanência.

Resultados: Os resultados, intervenções de enfermagem planejadas foram fundamentadas na Classificação dos Resultados de Enfermagem e Classificação das Intervenções de Enfermagem.

Conclusão: Considera-se relevante a aplicabilidade da linguagem de enfermagem na prática clínica do enfermeiro com vista a firmar a identidade da profissão.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Fragilidade; Instituição de longa permanência para idosos; Teoria de enfermagem

NURSING CARE FOR ELDERLY WOMEN WITH FRAGILITY SYNDROME BASED ON COMFORT THEORY

Objective: To describe Nursing results and interventions / activities for the elderly with the Nursing Diagnosis of the Frailty Elderly Syndrome, based on Comfort Theory.

Methods: Clinical case study, carried out with an elderly woman with fragile elderly syndrome, resident of an Long Term Elderly Care Institution.

Results: The nursing interventions were based on the classification of nursing outcomes and classification of nursing interventions.

Conclusion: The applicability of the nursing language it's considered relevant in the clinical practice and helps establish the identity of the nursing profession.

Keywords: Nursing; Aged; Frailty; Homes for the aged; Nursing theory

CUIDADO DE ENFERMERÍA A MUJER ADULTA MAYOR CON SÍNDROME DE FRAGILIDAD BASADO EN LA TEORÍA DE LA COMODIDAD

Objetivo: Describir los resultados de las intervenciones/actividades de Enfermería dirigidas a la anciana con diagnóstico de Enfermería síndrome del anciano frágil, una base en la teoría de la comodidad.

Métodos: Estudio de caso clínico, realizado en anciana con diagnóstico de Enfermería síndrome del anciano frágil, residente de Instituciones de larga estancia para personas de edad.

Resultados: Los resultados, las intervenciones / la actividad de enfermería planificada se basaron en la clasificación de los resultados de enfermería y la clasificación de las intervenciones de enfermería.

Conclusión: Se considera relevante la aplicabilidad del lenguaje de enfermería en la práctica clínica de la enfermera con el fin de reafirmar la identidad de la profesión.

Descriptor: Enfermería; Anciano; Fragilidad; Hogares para ancianos ; Teoría de enfermería

¹Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Sarah Lídia Fonteles Lucena | Email: sarah27lidia@gmail.com

Recebido: 05/04/2020 - Aceito: 24/12/2020

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma ciência complexa, constituída de um corpo de conhecimentos com os quais fundamenta o manejo ao ser humano em suas diferentes fases da vida. Nas ações de manejo, cuidado, utiliza teorias e linguagem de Enfermagem, intencionando a individualidade e eficiência deste.

Em relação às fases da vida, no tocante ao idoso, o Enfermeiro efetua o cuidado, firmando o compromisso de promover saúde, prevenir agravos e, especialmente, aliviar a dor e o sofrimento em um contínuo processo de cuidado confortador¹.

No contexto das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI), residem, também, idosos frágeis que demandam cuidado mais complexos. Compreendendo a fragilidade como uma síndrome clínica com impacto significativo na vida do idoso, implica na associação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. É, ainda, preditora de diferentes desfechos adversos em saúde e, demanda serviços sociais e de saúde. As principais manifestações clínicas são fraqueza, diminuição da atividade física, perda involuntária de peso, dificuldade de deambulação e perda de equilíbrio^{2,3}.

Neste sentido, o Enfermeiro, na prática clínica, entrelaça seu saber-fazer científico, planejando o cuidado humano individualizado por meio da consulta de Enfermagem ou Processo de Enfermagem no local. No uso da consulta ou Processo de Enfermagem, estabelece por meio de raciocínio clínico, o Diagnóstico de Enfermagem e elabora intervenções/atividades, consoante o resultado esperado, com base em teorias e na linguagem de Enfermagem⁴.

O uso da Linguagem de Enfermagem, a exemplo da (NANDA-I), qualifica o cuidado, confere visibilidade ao processo de trabalho do Enfermeiro, favorece a organização da prática profissional e estabelece uma nomenclatura própria. E, ainda, agrega as necessidades biológicas do idoso à subjetividade no cuidado por meio de ações confortadoras, evidenciadas pela resposta humana⁵⁻⁷. Tais ações, alicerçadas em referencial teórico-conceitual, consideram as distintas formas de viver e compreendem que estas implicam em diferentes maneiras de envelhecer⁷.

Para o estudo, adotou-se como referencial a Teoria do Conforto, cuja meta é a satisfação das necessidades humanas, por meio de ações de alívio, tranquilidade e transcendência, considerando o contexto biopsicossocial e espiritual em que o indivíduo se encontra⁸.

As intervenções/atividades de conforto dirigidas ao idoso frágil são realizadas pela interação entre o profissional, o contexto e a vontade de ele acontecer. Este processo caracteriza-se pelo olhar da integralidade e pelo planejamento de ações de saúde em parceria com a equipe

multiprofissional, com base no compromisso, intencionalidade e mutualidade⁹.

Assim, o estudo de caso apresentado fundamentou-se na teoria do Conforto de Kolcaba, classificada como de médio alcance, Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC). O uso da linguagem e Teoria de Enfermagem favorece um Cuidado centrado no paciente, possibilitando disseminar a ideia e modelo para os profissionais da prática clínica, especialmente, na Instituição de Longa Permanência onde se realizou o cuidado.

Desse modo, o estudo teve como objetivo descrever resultados e intervenções/atividades de Enfermagem para a idosa com o Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil, fundamentado na Teoria do Conforto.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, modalidade de pesquisa produzida com o intuito de reconhecer situações específicas, pela compreensão de necessidades e aplicação de condutas de intervenções compatíveis. Constitui-se de importante instrumento de investigação das questões enfrentadas por profissionais em sua prática clínica¹⁰.

Pesquisa realizada em Instituição de Longa Permanência para Idosos, da cidade de Fortaleza - CE.

O sujeito do estudo foi uma idosa de 90 anos, com síndrome do idoso frágil, residente da ILPI. Para inclusão no estudo adotou-se: ser idoso residente e apresentar características definidoras estabelecidas pela NANDA I, para o Diagnóstico de Enfermagem: Síndrome do Idoso Frágil, quais sejam: deambulação prejudicada; déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima, vestir-se; intolerância a atividade; isolamento social; mobilidade física prejudicada e nutrição desequilibrada.

Para os critérios de exclusão: ser idoso residente, ser frágil, mas encontrar-se por qualquer motivo fora da instituição.

O período da pesquisa foi de maio a junho de 2019. Utilizou-se um formulário para levantamento de dados, com base na Teoria e Processo de Enfermagem.

O referido formulário continha dados para realização da anamnese e exame físico. Para a idosa, para o preenchimento dos dados da anamnese consultou-se o prontuário e/ou conversava-se com os cuidadores. A idosa apresentava déficit cognitivo, registrado nas evoluções médicas.

Somou-se, ainda, a observações dos momentos de manejo com a idosa, os quais permitiram identificar as respostas ao cuidado e, ainda, os registros dos demais componentes da equipe multiprofissional no prontuário.

Concluída a anamnese e o exame físico, agruparam-se as informações, permitindo estabelecer o Diagnóstico de Enfermagem prioritário para, em seguida, planejar as intervenções, segundo os pressupostos da Teoria do Conforto.

Com os dados obtidos, realizou-se julgamento clínico e raciocínio diagnóstico, determinando o Diagnóstico de Enfermagem: Síndrome do Idoso Frágil, as características definidoras, os fatores relacionados e população de risco, conforme estabelecido na NANDA I. Seguido esse momento, propôs-se os resultados e intervenções de Enfermagem (NOC e NIC), fundamentados da Teoria do Conforto de Kolcaba, segundo tipos e contextos de conforto.

O estudo respeitou os princípios éticos e legais envolvendo pesquisas com seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob Parecer nº 3.153.552/2019.

RESULTADOS

Apresentação Do Caso

Idosa de 90 anos, sexo feminino, viúva, natural de Fortaleza, sem renda. Institucionalizada há dois anos, devido a família não ter suporte financeiro e nem pessoal para realizar o cuidado. Apresenta déficit cognitivo, respondendo somente ao nome quando solicitada e balbuciando algumas outras palavras desconexas e sem sentido para as perguntas realizadas. Encontra-se acamada, mantendo-se entre a cama e a cadeira de rodas. Dependente de suporte de cuidado para todas as atividades de vida diária. Ao exame físico encontrava-se desnutrida, com sarcopenia, fâcies de dor ao manuseio, couro cabeludo íntegro, olhos alinhados, abertura ocular espontânea. Ausência de arcada dentária. Tórax anteroposterior aumentado, presença de ruídos adventícios. Membros superiores atrofiados com perda da força de preensão das mãos e presença de lentigo senil no dorso. Pele adelgada, precária hidratação, com turgor diminuído e lesões de epiderme e derme. Prurido por todo o corpo. Abdome flácido à palpação, ruídos hidroaéreos presentes. Alimentação por via oral pastosa, oferecida em colher pela cuidadora. Membros inferiores atrofiados com lesão sangrante na altura do joelho esquerdo. Diurese presente nas fraldas e região inguinal hiperemiada com pequenas fissuras. Evacuações diárias em fraldas, segundo o cuidador. Sinais vitais: PA- 132/77 mmHg; FC - 82bpm, T - 35,6 °C, FR - 18 mrpm. Saturação de O₂ em 98%. Após a higiene a idosa é mantida em média quatro horas sentada na cadeira, porém sem interação social.

Organizou-se plano de cuidados apresentado nos quadros (1 e 2), conforme os tipos e contextos de conforto, bem como a determinação do meio para realizá-lo. Para o Diagnóstico de Enfermagem, apontou-se o domínio e classe, características definidoras, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas, consoante a NANDA I, apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Características definidoras, fatores relacionados, população em risco e condições associadas estabelecidos para diagnóstico Síndrome do idoso frágil, segundo NANDA I

| |
|---|
| <p>Diagnóstico de Enfermagem: Síndrome do Idoso Frágil – estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínios de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade⁵.</p> <p>Domínio: Promoção da Saúde.</p> <p>Classe 2: Controle da Saúde.</p> |
| <p>Características Definidoras: mobilidade física prejudicada; déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se; nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais.</p> |
| <p>Fatores Relacionados: imobilidade; desnutrição; força muscular diminuída; capacidade de preensão palmar diminuída.</p> |
| <p>Populações em Risco: idade > 70 anos; sexo feminino; vulnerabilidade social.</p> |
| <p>Condições Associadas: alteração da função cognitiva; déficit sensorial; sarcopenia</p> |

As características definidoras estabelecidas e identificadas na NANDA I orientaram o julgamento clínico sobre as informações da anamnese e do exame físico da idosa. Associaram-se, ainda, os registros obtidos nos prontuários, tanto da equipe de Enfermagem, quanto dos demais profissionais, além dos dados explicitados pelos cuidadores observados. A reunião de todos os registros agregados às condições clínicas da idosa fundamentaram o raciocínio diagnóstico. O quadro 2 mostra os resultados esperados, segundo a NOC, meta de promoção de conforto à idosa, bem como as intervenções/atividades planejadas e implementadas. Ressalta-se que as Intervenções foram baseadas na NIC, considerando as necessidades da idosa para cada tipo e contexto estabelecidos na teoria.

As intervenções de Enfermagem ou medidas de conforto, segundo nomeia Kolcaba⁹ foram elencadas à priori, para o planejamento de cuidados da idosa e, seguiu-se a Classificação das Intervenções (IE). Tais IE foram escolhidas como meio para o alcance dos Resultados de Enfermagem (RE) estabelecidos. Contudo, mesmo com esta pré-seleção, as IE foram dispostas para discussão com a equipe de Enfermagem, visto que elas dariam continuidade ao plano estabelecido. As IE atenderam às demandas da idosa quanto ao conforto. Para DE: síndrome do idoso frágil foram escolhidas as IE pertinentes ao alcance dos RE.

Quadro 2. Resultado Esperado e Intervenções/Atividades de Enfermagem, fundamentos na Teoria do Conforto de Kolcaba

| | |
|--|---|
| Diagnóstico de Enfermagem: Síndrome do Idoso Frágil ⁵ | |
| Resultado: Estado do conforto físico (controle de dor e atender ao autocuidado) ¹¹ | |
| Tipo e Contexto do Conforto | Intervenção: assistência no autocuidado: alimentação vestir-se/arrumar-se; banho/higiene e controle da dor ^{12,13} . |
| | Atividades |
| Contexto: Físico. Tipo: alívio e tranquilidade. | <ul style="list-style-type: none"> - Renovar os curativos e avaliar condições de pele - Orientar os cuidadores sobre higiene geral (temperatura da água, sabonete; uso de hidratante e creme barreira); - Realizar mudança de posição para aliviar as pressões (a cada duas horas); - Colocar o paciente em posição confortável para alimentar (sentada na cadeira ou no leito com cabeceira elevada); - Monitorar a capacidade de deglutir da paciente; - Realizar higiene oral; - Monitorar o estado de hidratação; - Monitorar a integridade da pele da idosa; - Monitorar a limpeza das unhas; - Observar sinais não verbais de desconforto; - Assegurar o cuidado analgésico; - Evitar contenção mecânica da idosa; - Monitorar os sinais vitais. |
| Resultado: estado de conforto ambiental e sociocultural. | |
| Contexto e tipo de Conforto | Intervenção: controle do ambiente: conforto ¹³ . |
| Contexto: Social. Tipo: Físico. | <ul style="list-style-type: none"> -Promover banho de sol junto aos demais idosos residentes. -Promover momentos na cadeira de rodas para socialização com os demais idosos -Encaminhar para musicoterapia. |
| Contexto: Ambiental. Tipo: Tranquilizador. | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades de segurança com base no nível de funcionamento físico e cognitivo e no histórico comportamental anterior. - Proteger com forro as laterais da cama, conforme apropriado. - Elevar grades laterais (prevenir quedas) e monitorar a pele; - Providenciar colchão articulado; - Reduzir estímulos ambientais, conforme apropriado; - Evitar exposição (corrente de ar, aquecimento ou resfriamentos excessivos); - Fornecer ou remover cobertas para promover o conforto térmico; - Posicionar a idosa no leito, apoiando o corpo e articulações com travesseiros, imobilizar regiões doloridas; - Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação; - Evitar o uso de roupas de cama de textura áspera; - Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras. |

DISCUSSÃO

Idosos apresentam redução de sua capacidade para responder as condições de estresse, vulnerabilidade, predispondo-os as doenças crônicas, anorexia, sarcopenia, osteopenia, déficits cognitivos e incapacidade, aspectos esses que justificam a susceptibilidade a desfechos adversos como a dependência total de cuidados¹⁴. Dessa forma, a condição de fragilidade potencializa o decréscimo dos

níveis de atividade, assim como por outras vias que comprometam mecanismo responsável pela manutenção da homeostase, como processos inflamatórios e o equilíbrio simpático/parassimpático⁴.

Portanto, tal condição representa estado inespecífico de risco à mortalidade, bem como dependência, incapacidade, quedas e lesões e, ainda, lenta recuperação de doenças e prolongada hospitalização. Na população idosa, os frágeis são os que mais necessitam de cuidados de conforto e, determinante gerenciamento de saúde do idoso¹⁵.

O papel do Enfermeiro é relevante no planejamento e manejo dessa idosa, com vistas a potencializar a capacidade e garantia da dignidade. Para isso, implementa ações que possibilitem o conforto integral do idoso, entendido como atenção relevante, caracterizada pela sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.

Extraíndo da Teoria do Conforto, temos o conforto do tipo alívio e tranquilidade que se caracteriza por uma experiência de individualidade da pessoa após receber medidas de conforto¹⁶. Este processo procura atender a individualidade da pessoa, em parceria com outros profissionais, fortalecendo o compromisso, a intencionalidade e mutualidade. A dependência, a fragilidade e a vulnerabilidade do idoso exigem do Enfermeiro ações confortadoras e atenção na realização das ações planejadas para garantir o conforto da idosa de modo individual, satisfazendo as demandas identificadas.

Neste caso, para realização do cuidado individualizado e confortador, é preciso contar com uma equipe capacitada e habilitada para atender as diversas demandas, articulando ações de promoção da saúde e prevenção de complicações ou agravos¹⁷, mantendo a segurança da idosa.

Sabe-se que o cuidado, para ser confortador, tem que ser ajustado à pessoa, dando resposta à sua singularidade e a necessidade, o que é, no entanto, complexo, provisório, inespecífico, circunstancial, paradoxal, integrador, de compromisso e individualizado¹. Assim, as medidas de conforto mediarão-se entre o tipo e contexto, visto que ambos se entrelaçaram no cuidado à idosa. Neste caso, o conforto implementado interage com o ambiente para que haja completude no conforto e bem-estar.

Confortar constitui um fator de cuidado e uma competência do Enfermeiro, sendo que perceber os modos e formas de confortar a pessoa idosa se reveste de importância maior^{1,6}. Os modos e formas de confortar alicerçam-se também numa relação interpessoal na qual está presente a intenção de ajuda, concretizada em intervenção capaz de promover a autonomia, segurança e bem estar de quem se cuidada, associada a capacidade profissional para atender as necessidades da idosa. Os diferentes modos e formas de

confortar procuram, pela sua finalidade expressa, facilitar/aumentar o conforto, aliviar o desconforto e/ou investir no conforto potencial¹.

A Enfermagem desempenha um papel fundamental na identificação das respostas e demandas de conforto, seja por sua proximidade constante e ininterrupta no cuidado à pessoa idosa, estando apta a identificar os Diagnóstico de Enfermagem de risco e/ou real, bem como oferecer valiosas sugestões de melhoria¹⁸. Deste modo a classificação das necessidades de conforto, por tipo e contexto, atende na realização do cuidado a idoso, em especial, em condições de fragilidade, porque confere caráter individual.

Para a intervenção promoção do conforto físico percebeu-se que a idosa necessitava de medidas que associassem conforto em nível de alívio e tranquilidade. As necessidades de conforto do tipo alívio advieram da análise da anamnese, observação e conversa com os cuidadores e equipe de Enfermagem, além do exame físico, sendo aquelas que exigem uma resolução mais rápida para prevenir complicações ou agravos.

Em relação ao resultado esperado proposto como indicador de conforto, relacionado com a necessidade de atender ao Estado do conforto físico, relacionou-se ao controle de dor e atendimentos demandas de alimentar-se, vestir-se, mudar de posição no leito, dentre outras. Já o cuidado orientado para a alimentação traz que as atividades relacionadas a alimentação têm fundamental importância no tratamento de idosos com síndrome do idoso frágil, contribuindo para diminuir as consequências e riscos de complicações, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida, consequentemente reduzindo os riscos de agravar as condições de adoecimento.

Os RE para o conforto do tipo tranquilidade, foram alocados para as necessidades de conforto que produzissem um estado de calma e repouso. O conforto como tranquilidade é definido como estado de calma ou satisfação, o qual relaciona-se a demandas de necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem com o conforto. É um estado mais duradouro e contínuo, de contentamento e bem-estar⁶.

Outras necessidades que requerem este tipo de conforto são: a dependência total ou dependência, fragilidade e sarcopenia, percebida na anamnese e exame físico; o controle do ambiente (relativo à cama, lençóis, uso de fraldas, grade de proteção), percebidos pelas observações.

Para estas necessidades foram selecionados RE que representassem estado de tranquilidade, quais sejam: nível de conforto (para a sintomatologia e a dor) e autocuidado, como banho/higiene.

No contexto ambiental, a idosa apresentou necessidades de intervenções, as quais estavam relacionadas com a exposição desnecessária desde o banho, uso de grade de proteção. A escala de conforto e a observação apontaram que esta necessidade requer um RE representativo de tranquilidade. Assim, elegeu-se para este o resultado de Enfermagem estado de conforto ambiental e sociocultural. No contexto sociocultural, evidenciou-se necessidades em nível de alívio, pela escala de conforto. A idosa apresentou necessidade de conforto referente à dependência de outras pessoas para realização, em especial, de autocuidado de banho, alimenta e vestir-se, ou seja; a realização das atividades básicas de vida diária.

O estado nutricional pode estar associado à perda da massa muscular e óssea, como também processo inflamatório, efeito colateral de medicamentos, diminuição do paladar, diminuição do olfato, problemas dentários, a diminuição da salivagem¹³.

A idosa apresentou as características definidoras, fatores relacionados e condições associadas, que contribuíram para a confirmação da condição diagnóstica. Por ser do sexo feminino, encontra-se categorizada como população de risco, de acordo com a classificação NANDA-I (2018-2020). O predomínio do sexo feminino em relação ao diagnóstico Síndrome do idoso frágil explica-se pela longevidade da mulher. Já associam tal condição às alterações que o envelhecimento proporciona à mulher, como redução nos níveis de hormônio do crescimento e menores índices de massa muscular^{16,17}.

Na ILPI, a Enfermagem atua com a equipe para garantir um ambiente seguro e estimulante aos idosos com atenção as suas necessidades sociais, emocionais e biológicas¹⁹. Observa-se que, por ser acamada, em condições de fragilidade, sarcopenia e desnutrida, a idosa apresenta fatores de risco relevantes para o desenvolvimento de lesões por pressão (LP). Nesse contexto, as intervenções de Enfermagem relacionados à escolha correta do sabonete, hidratante para pele, mudança de decúbito são de relevantes para a prevenção de tais evento deletérios²⁰.

Alterações características do envelhecimento provocam modificações na pele do idoso, tornando-se mais ressecada, frágil, adelgada com redução da elasticidade e turgor, portanto mais propensa a lesões, pruridos e infecções, devido à perda do tecido de sustentação, gordura subcutânea, diminuição de pelos, de glândulas sudoríparas e sebáceas, e da percepção da dor e sensibilidade tátil. Acrescenta-se ainda que muitos idosos possuem comorbidades, como Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica que acarretam a necessidade de uso contínuo de medicamentos, os quais podem comprometer a integridade da pele.

A partir do estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem, observou-se que as necessidades mais urgentes estavam relacionadas às condições da pele, uma vez que a presença de múltiplas lesões, acompanhadas de pruridos, interferiam no conforto. Dessa forma as ações de Enfermagem são guiadas para promover o conforto da idosa em relação a sua situação clínica.

No conforto como alívio temos a resposta imediata em relação ao fator estressor, assim nas intervenções realizadas, visualizou-se a resposta ao tratamento às lesões, evolução das condições clínicas e os cuidados diários com a troca dos curativos, determinados pelo alívio imediato.

Já o conforto como tranquilidade foi efetivado por meio da promoção de momentos de socialização com os demais idosos e, com os profissionais, durante as refeições, do banho de sol diário, que são ações que promovem a calma e diminuem os fatores estressores e colocava a idosa junta aos outras.

A utilização da teoria de Kolcaba para o manejo clínico no cuidado aos idosos favorece a implementação do Processo de Enfermagem desde o levantamento de dados até a construção do planejamento de ações específicas para os idosos, com a identificação das necessidades não satisfatórias e desconfortos destes, incentivando a interação com o profissional e valorizando as queixas apresentadas^{18,21}.

Todas as atividades propostas se relacionaram ao alívio e tranquilidade da idosa. Neste caso, a equipe de Enfermagem avaliava a efetividade das ações no decorrer do dia. Em relação as ações que atenderam a idosa quanto ao alívio físico eram manifestadas pela ausência de gritos e/ou murmúrios. Assim, percebia-se a satisfação de uma necessidade por meio do controle de fatores globais que produzem desconforto, o que pode promover o estado de calma de maneira imediata.

O conforto como alívio é um resultado imediato, que pode ser modificado rapidamente com a mudança das circunstâncias. O conforto como tranquilidade é definido como estado de calma ou satisfação, o qual relaciona-se a satisfação de necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem com o conforto²².

Na aplicação da Teoria de Kolcaba, as enfermeiras identificam as necessidades de conforto das pessoas que estão sob seus cuidados e concebem medidas de conforto ao tempo em que avalia a satisfação do mesmo, proporciona da por cada ação praticada¹.

Quando equipe de Enfermagem intenciona aprimorar a qualidade do cuidado, independente do contexto, busca fundamentar-se no conhecimento científico, uso do processo de enfermagem e nos fundamentos das Teoria. Tais ações resultam na confirmação da identidade profissional, autonomia das ações e afirmação da Ciência Enfermagem⁶.

Além disso, sabe-se que quando o uso do Processo de Enfermagem é adequadamente aplicado, agiliza e facilita as ações desenvolvidas, evitando retrabalho, pois direciona as condutas dos profissionais, refletindo-se em resultados positivos, uma vez que estes são avaliados e replanejados, quando necessários. Evidencia-se que, para uma concreta evolução científica da Enfermagem, os profissionais são desafiados a uma continuada atualização dos conhecimentos, com vistas a ações efetivas, sedimentando uma prática cientificamente reconhecida. Desse modo, a Enfermagem conquistará seu espaço, bem como, qualificará seu cuidado²³.

Ressalta-se ainda que, no estudo, a satisfação do conforto físico foi o mais manifestado pela idosa, superando o ambiental e social, porém o conforto psicoespiritual não foi manifestado pela condição do déficit cognitivo da idosa. Sabe-se, portanto, que a afirmação da satisfação do conforto da idosa, manifestou-se pela resposta as condições implementadas confirmadas pela avaliação dos resultados de Enfermagem.

Apesar de evidenciar as necessidades da idosa com síndrome de fragilidade em relação com a Teoria do Conforto, o estudo se baseia na experiência em um curto período que pode dificultar a avaliação das intervenções e resultados esperados.

O estudo contribui para a avaliação de idosos e auxilia nas intervenções do profissional de Enfermagem em ambientes de cuidado integral como as ILPI, em que o conforto e a segurança são fundamentais para o cliente sujeito de cuidado. Também o uso de teorias e linguagem de Enfermagem na prática clínica, estimula a realização de outros estudos e garante maior atenção em relação ao cuidado voltado à população idosa em diversos seguimentos da prática.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com a utilização da linguagem diagnóstica NANDA/NOC/NIC, no qual se estabeleceram os resultados esperados e as intervenções necessárias, consoante a situação clínica. As intervenções/atividades propostas pautaram-se na promoção de conforto com base na Teoria do Conforto de Kolcaba, por meio de atividades de alívio e tranquilidade, no contexto social, ambiental e físico, garantindo o atendimento das demandas da idosa. A utilização de Teoria do Conforto contribuirá para ampliação de um plano de cuidados individualizado à idosa, e o incentivo de ações do enfermeiro planejadas e fundamentadas no conhecimento científicos. Ressalta-se a importância do cuidado de Enfermagem baseado no

conhecimento científico e fundamentada nas Teorias de Enfermagem, visto que permitem a utilização de diretrizes, baseadas em evidências. Tais ações revelam uma prática clínica pensada e refletida nas respostas humanas.

Contribuição dos autores:

a) concepção e/ou desenho do estudo: Maria Célia de Freitas, Sarah Lídia Fonteles Lucena, Daisy Teresinha Reis

Coutinho; b) coleta, análise e interpretação dos dados: Sarah Lídia Fonteles Lucena, Fernanda Silva Farias, Lucélia Malaquias Cordeiro, Maria Célia de Freitas; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Sarah Lídia Fonteles Lucena, Fernanda Silva Farias, Lucélia Malaquias Cordeiro, Daisy Teresinha Reis Coutinho, Maria Célia de Freitas, Lúcia de Fátima da Silva; d) aprovação da versão final a ser publicada: Maria Célia de Freitas, Lúcia de Fátima da Silva.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro PC, Marques RM, Ribeiro MP. O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):865-72.
- Carneiro JA, Ramos GC, Barbosa AT, Mendonça JM, Costa FM, Caldeira AP. Prevalência e fatores associados a fragilidade em idosos não institucionalizados. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):435-42.
- Ge F, Liu M, Tang S, Lu Y, Szanton SL. Assessing frailty in Chinese nursing home older adults: a comparison between the Frail-NH scale and frailty index. *J Nutr Health Aging.* 2019;23(3):291-8.
- Acioli S, Kebian LV, Faria MG, Ferraccioli P, Correa VA. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev Enferm UERJ.* 2014;22(5):637-42.
- Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- Lima JV, Guedes MV, Silva LF, Freitas MC, Fialho AV. Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(4):e65022.
- Polaro SH, Montenegro LC. Fundamentals and practice of care in gerontological nursing. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):671-2.
- Furtado AM, Pennafort VP, Silva LF, Silveira LC, Freitas MC, Queiroz MV. Cuidar permanência: enfermagem 24 horas, nossa maneira de cuidar. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(6):1071-6.
- Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research.* New York: Spring; 2003.
- Faria JM, Pontifice-Sousa P, Gomes MJ. O conforto do doente em cuidados intensivos-revisão integrativa. *Enferm Global.* 2018;(50):490-502.
- Xavier GA, Guedes MV. Processo ensino-aprendizagem meta orientado em enfermagem: estudo de caso baseado no referencial de Imogene King. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2015;9(6):8304-11.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *NOC: classificação dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde.* 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *NIC: classificação das intervenções de enfermagem.* 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Kojima G. Frailty as a predictor of nursing home placement among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther.* 2018;41(1):42-8.
- Pegorari MS, Tavares DM. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(5):874-82.
- Lourenço RA, Moreira VG, Mello RG, Santos IS, Lin SM, Pinto AL, et al. Brazilian consensus on frailty in older people: concepts, epidemiology and evaluation instruments. *Geriatr Gerontol Aging.* 2018;12(2):121-35.
- Santos AT, Oliveira CB, Passos MC, Andrade AS, Gallotti FC. Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: visões e vivências do acadêmico de enfermagem. *Enferm Foco.* 2019;10(1):122-6.
- Mendes RS, Cruz AM, Rodrigues DP, Figueiredo JV, Melo AV. Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde.* 2016;15(2):390-5.
- Fluetti MT, Fhon JR, Oliveira AP, Chiquito LM, Marques S. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(1):62-71.
- Silva AP, Pureza DY, Landre CB. Síndrome da fragilidade em idosos com diabetes mellitus tipo 2. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(6):503-9.
- Cardoso RB, Caldas CP, Souza PA. Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do Processo de Enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2017;8(1):118-28.
- Ponte KM, Silva LF. Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem: análise de conceitos e definições. *Essentia.* 2016;17(1):207-27.
- Santos MG, Bitencourt JV, Silva TG, Frizon G, Quinto AS. Etapas do Processo de Enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm Foco.* 2017;8(4):49-53.

TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Francieli Aparecida de Oliveira¹

Ana Raquel Lima Peralva de Almeida¹

Ana Paula Regis Sena Gomes²

Saiane Sampaio Alves da Silva³

Henricelly Ruanna Oliveira Costa Damasceno³

Rudval Souza da Silva⁴

<https://orcid.org/0000-0003-1570-7431>

<https://orcid.org/0000-0002-5505-3412>

<https://orcid.org/0000-0003-2539-7086>

<https://orcid.org/0000-0002-6238-5335>

<https://orcid.org/0000-0001-7755-9169>

<https://orcid.org/0000-0002-7991-8804>

Objetivo: Identificar os termos da linguagem especializada de Enfermagem utilizados na documentação da assistência à pessoa com doença renal crônica e fazer o mapeamento cruzado dos termos identificados com aqueles constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE® 2019.

Métodos: Estudo metodológico, realizado em uma Clínica de Nefrologia numa cidade do interior da Bahia no ano de 2019. A extração dos termos, a partir de entrevistas com pacientes renais crônicos, utilizou-se da ferramenta computacional denominada PorOnto. Em seguida, estes foram analisados e submetidos ao processo de normalização; mapeamento cruzado entre termos coletados e a CIPE® 2019, sendo em seguida distribuídos no Modelo de Sete Eixos.

Resultados: Foram extraídos 1.001 termos, dos quais após a validação por consenso resultou em 203 termos, sendo que destes, 71 são constantes e 132 não constantes na CIPE®. Destes últimos 41 foram classificados como similares, dois mais abrangentes, 15 mais restritos e 73 sem concordância, totalizando 112 termos constantes e 91 não constantes.

Conclusão: O estudo identificou e validou termos que possibilitam as enfermeiras construir enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e documentar o processo de enfermagem na assistência às pessoas em tratamento hemodialítico, contribuindo sobremaneira para a unificação da linguagem especializada de enfermagem.

Descritores: Terminologia padronizada em enfermagem; Nefropatias; Processo de enfermagem; Classificação

TERMS OF SPECIALIZED NURSING LANGUAGE FOR PEOPLE WITH KIDNEY DISEASE

Objective: To identify the terms of the specialized nursing language used in the care documentation for people with chronic kidney disease and cross-map the terms identified with those contained in the Seven-Axis Model of ICNP® 2019.

Methods: Methodological study, carried out at a Nephrology Clinic in a city in the interior of Bahia in the year 2019. The extraction of the terms, from interviews with chronic kidney patients, used the computational tool called PorOnto. Then the terms were analyzed and submitted to the normalization process; cross mapping between terms collected and those of ICNP® 2019, and then distributed in the seven Axis Model.

Results: 1,001 terms were extracted, of which, after validation by consensus, resulted in 203 terms, of which 71 are constant and 132 are not included in ICNP® 2019. Of the latter 41 were classified as similar, two more comprehensive, 15 more restricted and 73 without agreement, totalling 112 constant and 91 non-constant terms.

Conclusion: The study identified and validated terms that enable nurses to build statements of nursing diagnoses, results and interventions and to document the nursing process in assisting people undergoing hemodialysis, greatly contributing to the unification of the specialized nursing language.

Keywords: Standardized nursing terminology; Kidney diseases; Nursing process; Classification

TÉRMINOS DEL LENGUAJE ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL

Objetivo: Identificar los términos del lenguaje de enfermería especializada que se utiliza en la documentación de la atención a las personas con enfermedad renal crónica y hacer un mapa cruzado de los términos identificados con los contenidos en el Modelo de Siete ejes CIPE® 2019.

Métodos: Estudio metodológico, realizado en una Clínica de Nefrología de una ciudad del interior de Bahia en el año 2019. La extracción de los términos, de entrevistas a pacientes renales crónicos, utilizó la herramienta computacional denominada PorOnto. Luego fueron analizados y sometidos al proceso de normalización; mapeo cruzado entre los términos recopilados y CIPE® 2019, y luego distribuidos en el modelo de Siete ejes.

Resultados: Se extrajeron 1.001 términos, de los cuales después, tras la validación por consenso, dieron como resultado 203 términos, de los cuales 71 son constantes y 132 no están incluidos en CIPE® 2019. De estos últimos 41 se clasificaron como similares, dos más integrales, 15 más restringidos y 73 sin acuerdo, totalizando 112 términos constantes y 91 no constantes.

Conclusión: El estudio identificó y validó términos que permiten a las enfermeras construir declaraciones de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería y documentar el proceso de enfermería en la asistencia a las personas en hemodiálisis, contribuyendo en gran medida a la unificación del lenguaje de enfermería especializado.

Descritores: Terminología normalizada de enfermería; Enfermedades renales; Proceso de enfermería; Clasificación

¹Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

²Faculdade AGES Senhor do Bonfim, Salvador, BA, Brasil.

³Clínica de Hemodiálise em Senhor do Bonfim, Salvador, BA, Brasil.

⁴Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Autor correspondente: Rudval Souza da Silva | Email: rudsouza@uneb.br

Recebido: 16/4/2020 - Aceito: 21/12/2020

INTRODUÇÃO

Considerada como um problema de saúde pública, a Doença Renal Crônica (DRC) se caracteriza pela perda da função dos rins de maneira progressiva e irreversível, culminando na incapacidade destes de filtrar e eliminar líquidos e toxinas¹. Em 2017, no Brasil, 126.583 pacientes se encontravam em diálise. Seguindo o padrão global no aumento da prevalência da DRC, todas as regiões do país demonstraram esse aumento. Diante de um diagnóstico avançado desta enfermidade, uma das possibilidades de tratamento e, a mais utilizada das terapias renais substitutivas, está a hemodiálise².

Nesse contexto, os profissionais do campo da Enfermagem juntamente com toda equipe multidisciplinar de saúde são responsáveis por prestarem os cuidados necessários a esses pacientes e seus familiares. O procedimento da hemodiálise requer que o paciente permaneça em um centro especializado por um período médio de quatro horas, três vezes por semana³, recebendo os cuidados diretos da equipe de Enfermagem por um tempo considerável.

Para tanto, faz-se necessária a documentação desses cuidados, logo, uma linguagem especializada torna-se essencial para dinamizar o Processo de Enfermagem³. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) surge como uma terminologia especializada, ampla e complexa que possibilita maior visibilidade do processo de cuidar em Enfermagem^{4,5}, sendo uma tecnologia que contribui para a coleta, armazenamento e a análise dos dados relacionados aos mais diversos contextos de saúde⁶.

Assim, justifica-se o presente estudo por considerar a relevância da identificação de termos que possibilitem a documentação da prática de cuidar aos pacientes renais crônicos em hemodiálise e suas necessidades a partir do seu processo de transição de um estado de saúde preservado, para aquele que necessita conviver com uma doença e um tratamento como a hemodiálise.

Identificar esse processo, os fatores envolvidos, bem como determinar estratégias para gerenciá-lo, levam a uma maior facilidade na prestação de um cuidado profissional de Enfermagem, mais especializado às pessoas em hemodiálise, com diagnóstico e intervenções de Enfermagem adequados ao planejamento dos cuidados diante do processo de transição para a hemodiálise⁷; assumindo assim, a Teoria das Transições⁸ como aporte teórico para esse estudo.

Além de considerar a escassez de publicações que tratam das terminologias no contexto da nefrologia, em busca de meios para contribuir com a melhoria da assistência de Enfermagem prestada aos pacientes com DRC e, de aprofundar os conhecimentos acerca da importância da

linguagem especializada no cuidado a esta clientela, surgiu a necessidade de desenvolver o presente estudo, conduzindo pelas seguintes perguntas de investigação: Quais termos da linguagem especializada de Enfermagem podem ser identificados na documentação da assistência à pessoa com DRC? Os termos identificados podem ser mapeados com os termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE®?

Pressupõe-se que os resultados desse estudo venham contribuir, inicialmente, na construção dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem durante a assistência aos pacientes renais crônicos e, a partir de sua utilização, proporcionar a documentação do Processo de Enfermagem abrangendo os aspectos humanísticos, sociais e espirituais, para além do biológico.

Sendo definido como objetivos: identificar os termos da linguagem especializada de Enfermagem utilizados na documentação da assistência a pessoa com doença renal crônica; e fazer o mapeamento cruzado dos termos identificados com aqueles constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE® 2019.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida a partir da extração e mapeamento cruzado de termos oriundos de entrevistas realizadas com pacientes renais crônicos.

O estudo base teve como lócus de pesquisa uma clínica privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) especializada em nefrologia, localizada na Região Piemonte Norte Itapicuru no Estado da Bahia, a qual atende cerca de 203 pessoas em tratamento hemodialítico semanalmente. Foram entrevistados vinte e cinco pacientes acerca do seu processo de transição saúde-doença e suas necessidades de cuidados buscando identificar aquelas que requerem um cuidado profissionais a essa população, gerando assim, o corpus para a extração dos termos.

Participaram da pesquisa 25 pessoas acompanhadas numa Clínica de Hemodiálise e que atenderam aos critérios de inclusão de ter idade maior que 18 anos e está realizando hemodiálise há mais de seis meses. E, como critérios de exclusão, os pacientes em acompanhamento ambulatorial.

A coleta ocorreu no período de março e abril de 2019, por meio de entrevistas, utilizando a ferramenta computacional PorOnto⁹ o que possibilitou compor o banco de termos, a realização do mapeamento cruzado e a validação de conteúdo dos termos identificados.

O protocolo do estudo foi desenvolvido a partir das seguintes etapas: 1) extração dos termos das entrevistas; 2) normalização destes; 3) mapeamento cruzado; 4) alocação

dos termos de acordo com o Modelo de Sete Eixos da CIPE®; 5) definição operacional dos termos não constantes; 6) validação dos termos identificados.

Para a extração dos termos, as entrevistas foram transcritas e digitalizadas no *software Microsoft Office Word® 2010*, gerando um arquivo de texto o qual foi convertido no Formato de Documento Portátil (*Portable Document Format - PDF*), possibilitando assim processá-lo no programa computacional "PorOnto", que é uma ferramenta de inteligência artificial programada para a construção semiautomática de ontologias em português⁹. A partir desta ferramenta foi realizada a busca dos termos simples (verbos, substantivos, adjetivos) e compostos, baseada na combinação de classes gramaticais substantivos, preposições e adjetivos; busca por sinônimos e, uma verificação entre o termos extraídos e a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Na etapa seguinte, os termos extraídos a partir da ferramenta PorOnto foram exportados para uma planilha do *software Microsoft Office Excel® 2010*, passando assim por um processo de normalização com base na validação por consenso^{10,11}, na qual três pesquisadores, de forma independente, realizaram o processo de avaliação e seleção manual dos termos. *A posteriori*, estes se reuniram para consensualização dos termos que apresentaram divergências, sendo deliberado então, quais termos representavam ou não os focos de atenção para a Enfermagem com relação aos cuidados de pacientes renais crônicos com ênfase na Teoria das Transições⁸. Na sequência, os termos foram normalizados quanto ao gênero e número, retiradas as duplicidades e realizadas as correções gráficas e remoção dos tempos verbais.

Dando seguimento aos passos metodológicos, foi realizado o mapeamento cruzado, utilizando-se do *software Microsoft Office Access® 2010*, entre os termos do documento-fonte, resultados deste estudo, com os termos da CIPE® 2019 - documento-alvo, ou seja, a terminologia considerada como a base de referência para o processo de mapeamento cruzado.

Em seguida, os termos não localizados na CIPE® 2019 foram analisados e categorizados como similares, abrangentes, restritos ou não constantes com base nos conceitos de termo similar, mais abrangente, mais restrito e discordante¹². Sendo em seguida alocados segundo os critérios que constituem o Modelo de Sete Eixos da CIPE®, a saber: Ação, Cliente, Foco, Julgamento, Localização, Meios e Tempo.

Posteriormente foram desenvolvidas as definições operacionais dos termos não constantes com base na

literatura e consulta a dicionários da área da Enfermagem e Saúde, livros-texto, além dos conceitos inerentes a Teoria das Transições⁸ e os conhecimentos prévios dos pesquisadores para revisão dos significados e respectivos sinônimos, com o propósito de certificação de que de fato aqueles termos não constavam na CIPE® 2019.

A pesquisa foi conduzida com base nas diretrizes e normas regulamentadoras dos estudos com seres humanos, estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob parecer nº 3.786.714.

RESULTADOS

O processamento dos dados empíricos submetidos a ferramenta PorOnto resultou em 1.001 termos, sendo 783 termos simples e 218 compostos. Após a validação por consenso reduziu para 203 termos que compuseram o *corpus* desta pesquisa, os quais foram trabalhados e conduziram o mapeamento cruzado que possibilitou identificar 112 termos constantes na CIPE® 2019 (Quadro 1) e 91 não constantes nessa Classificação (Quadro 2).

Quadro 1. Termos da linguagem especializada de Enfermagem relacionados a assistência aos pacientes renais crônicos, constantes na CIPE® 2019

| Eixos | Termos constantes |
|------------------|--|
| Ação (34) | Abaixar; Ação; Acompanhar; Administrar; Alimentar; Aliviar; Alterar; Apoiar; Arrumar-se; Aumentar; Auxiliar; Completar; Contar; Cuidar; Descrever; Diminuir; Divertir; Educar; Evitar; Executar; Explicar; Facilitar; Falar; Informar; Iniciar; Lavar; Observar; Orientar; Participar; Preparar; Responder; Tranquilizar; Transferir; Tratar. |
| Cliente (06) | Criança; Família; Indivíduo; Irmão; Paciente; Pai. |
| Foco (42) | Abandono; Adaptação; Água; Ansiedade; Ar; Atenção; Atitude; Choque; Condição; Comportamento de Repouso; Conhecimento; Conhecimento sobre processo patológico; Cozinhar; Crença religiosa; Culpa; Elevação do corpo; Emoção; Enfrentamento; Esperança; Fadiga; Impotência; Incapacidade; Queda; Medo; Morte; Movimento; Processo de informação; Processo de tomada de decisão; Raiva; Recuperação; Renda; Rotina; Saúde; Sentar-se; Serviço de emprego; Sintoma; Sofrimento; Tabagismo; Tristeza; Vergonha; Virar-se; Vontade de viver. |
| Julgamento (05) | Leve; Melhorado; Normal; Pequeno; Simples. |
| Localização (08) | Braço; Cabeça; Clínica; Coração; Hospital; Mão; Pé; Rim |
| Meio (12) | Alimentar; Bebida; Cateter; Enfermeira; Hemodiálise; Medicação; Médico; Nutricionista; Refeição; Técnica de diálise; Transplante; Vestuário. |
| Tempo (05) | Crônico; Encontro; Exame; Futuro; Presente. |

Quadro 2. Termos da linguagem especializada de enfermagem relacionados a assistência aos pacientes renais crônicos e respectiva análise quanto a abrangência

| Eixo | Termo identificado (Mapeamento fonte) | Termo da CIPE® 2019 (Mapeamento alvo) | Análise do termo quanto à similaridade e abrangência |
|------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ação (02) | Ativo | Atividade do paciente | MAIS RESTRITO |
| | Mudança | Virar | MAIS ABRANGENTE |
| Foco (11) | Andar sozinha | Capacidade para andar | MAIS RESTRITO |
| | Força da minha esposa | Apoio familiar | |
| | Atividade | Atividade do paciente | |
| | Banho | Banho por si próprio | |
| | Carro | Serviço de Transporte | |
| | Doença renal | Processo patológico | |
| | Exercício | Exercício físico | |
| | Lembrar | Memória | |
| | Notícia | Informar | |
| | Sexual | Relação sexual | |
| | Vontade | Força de vontade | |
| Localização (01) | Renal | Processo renal | MAIS RESTRITO |
| Meio (02) | Transporte | Acesso a transporte | MAIS RESTRITO |
| | Consulta | Consulta de acompanhamento | |
| Tempo (01) | Hora de visita | Hora | MAIS ABRANGENTE |

Dos termos não-constantos, 17 foram classificados quanto a sua abrangência e categorizados de acordo com o Modelo de Sete Eixos da CIPE®, conforme apresentados no quadro 3.

Resultou dessa classificação 41 termos classificados como similares; dois como mais abrangentes; 15 como mais restritos e, 73 termos sem concordância com a CIPE® 2019. Os termos considerados como similares passaram a fazer parte dos termos constantes, totalizando 112 (55,2%) termos (Quadro 1) e os mais abrangentes, mais restritos e sem concordância foram considerados como não constantes, totalizando 91 (44,8%) termos (Quadro 3).

Quadro 3. Termos da linguagem especializada de enfermagem relacionados a assistência aos pacientes renais crônicos não constantes na CIPE® 2019

| Eixo | Termos não-constantos da CIPE® 2019 |
|-----------------|--|
| Ação (38) | Aceitar; Acreditar; Adquirir; Afastar; Agradecer; Aguardar; Ajudar; Aprofundar; Ativo; Ausentar; Avisar; Beber; Brincar; Buscar; Chamar; Comparar; Conciliar; Concordar; Conseguir; Conviver; Dançar; Deitar; Desabafar; Dizer; Encontrar; Escolher; Esperar; Fazer; Ficar; Frequentar; Ganhar; Ler; Montar; Mudança; Perder; Perguntar; Piorar; Possibilitar. |
| Foco (19) | Anemia; Andar sozinha; Ânimo; Aposentadoria; Atividade; Banho; Carro; Cuidados básicos; Cuidados com família; Despesa; Dificuldade de transplante; Doença; Doença renal; Exercício; Lembrar; Notícia; Sentimento; Sexual; Vontade. |
| Julgamento (20) | Abatido; Arrasado; Beleza; Bom; Carga; Difícil; Excesso; Fraco; Frio; Ganho; Grave; Horrível; Independente; Indisposto; Inútil; Melhor dos sintomas; Péssimo; Pouco; Rápido; Ruim. |
| Localização (2) | Fistula; Renal. |
| Cliente (02) | Filho; Força da minha esposa. |
| Meio (06) | Bíblia; Consulta; Diálogo; Máquina; Remédio; Transporte. |
| Tempo (04) | Cedo; Horas de tratamento; Hora de visita; Tempo. |

DISCUSSÃO

A CIPE® é uma terminologia padronizada e representa a prática dos profissionais do campo da Enfermagem a nível mundial, mantendo uma organização baseada no Modelo de Sete Eixos⁶. Vale destacar que os resultados do estudo apontam para a utilização de 44,8% de termos que são constantes na CIPE®, sendo na sua grande maioria termos inerentes ao foco da prática, mesmo não utilizando um sistema de classificação foi possível constatar que as enfermeiras na sua prática assistencial utilizam uma linguagem específica da profissão, quando cuidam de pacientes renais crônicos.

Considerando o eixo Foco, a área de maior atenção e relevância para o campo da Enfermagem, a discussão foi priorizada a partir dos termos não constantes na CIPE® nesse eixo relacionados ao cuidado a pessoa com DRC que estão descritos no quadro 3.

A "anemia" é o primeiro a ser discutido, considerando tratar-se de um termo que marca o processo de cuidar do paciente com DRC e está diretamente relacionado com o aumento da morbidade e mortalidade desses pacientes. Geralmente a anemia é decorrente da diminuição de produção de eritropoetina pelos rins¹³.

Por se tratar de um fator de risco importante, os níveis de hemoglobina e ferro devem ser rotineiramente

monitorados para que sejam corrigidos por meio de suplementação intravenosa do íon de ferro e de medicamentos estimuladores da eritropoiese como a Eritropoetina Recombinante Humana (EPO)¹⁴, objetivando uma resposta adequada ao tratamento.

Sendo assim, a anemia é um achado clínico considerado como um dos principais focos de atenção no planejamento dos cuidados de Enfermagem ao paciente com DRC na avaliação de seus dados laboratoriais, com vistas a orientar a enfermeira no julgamento clínico e terapêutico das intervenções.

O termo “ânimo” remete a condição apresentada pelo paciente com DRC com relação a sua capacidade de enfrentamento da doença e do tratamento. Estudo¹⁵ realizado com pacientes renais crônicos que buscou, por meio das suas experiências relatadas, conhecer como eles têm convivido com a transição para uma vida com a DRC e a hemodiálise, demonstrou o quão é difícil para essas pessoas enfrentar o estigma, as limitações físicas e longas horas semanais de tratamento em dias alternados.

Um processo carregado de sentimentos negativos que estão relacionado às cobranças pelos papéis sociais, no qual o homem é o provedor e a mulher é responsável por cuidar da casa, papéis que sofrem alterações diante da nova condição de saúde desses indivíduos¹⁵.

Outro ponto que merece destaque se relaciona ao termo “aposentadoria”. Por se tratar de uma doença crônica, que traz limitações aos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, dificultando o desenvolvimento de atividades laborais, o que os levam a recorrerem ao benefício da aposentaria, que apesar de ser um auxílio financeiro, traz o impacto na saúde psicológica destes pacientes, diante da perda de sua autonomia.

Estudo que buscou compreender o significado que os pacientes renais crônicos atribuem ao trabalho e suas dificuldades quando passam a depender da aposentadoria, mostra que a manutenção de suas atividades laborais é condição relevante para a saúde emocional destes pacientes, visto que eles entendem que apesar da doença, podem continuar sendo úteis em sua profissão. O estudo discute também sobre o que determina a legislação e as políticas públicas na recomendação de que empresas possam manter o paciente empregado, possibilitando condições especiais como flexibilidade na jornada de trabalho e oferecendo como contrapartida um incentivo governamental¹⁶.

No que diz respeito aos termos “cuidados básicos” e “cuidados com a família” vale destacar que as condições dificultadoras do processo de transição, por si só, já comprometem as possibilidades de o paciente realizar seus

cuidados básicos além de gerar interferência na relação com a família. Logo, a enfermeira necessita conhecer este cenário na vida do paciente renal crônico, para que possa ajudar sua família no gerenciamento dos cuidados.

Para isso, a enfermeira deve lançar mão de estratégias de educação em saúde e comunicação com paciente e sua família sobre a DRC e suas repercussões, visando promover meios para o autocuidado com relação ao paciente e para com sua família, que vivencia também um processo de transição saúde-doença do seu ente querido. Como isso, espera-se que as necessidades do processo de enfrentamento sejam mitigadas de maneira consciente e, o sofrimento dos envolvidos possam ser minimizados e de acordo com o tempo de cada pessoa, superando e ressignificado essa transição a partir da conscientização de todo o processo^{11,17,18}.

O termo “despesa” apesar de não constar como termo, aparece na CIPE[®] como uma característica específica do termo do eixo foco Renda Familiar. É um termo que remete as questões socioeconômicas desses pacientes e diante tal condição surgem as questões sobre o impacto financeiro, quando perdem sua autonomia para desenvolverem suas atividades laborais. Um estudo realizado numa capital do Nordeste brasileiro buscou compreender como os portadores de DRC em fase produtiva lidam com as limitações resultantes do adoecimento e, uma das limitações apontadas trata da questão financeira e de como gerenciar as despesas se ele passa a não ser mais produtivo como antes da doença. Assim, a DRC passa a impor condições desfavoráveis quanto ao estilo de vida destes pacientes, o que requer uma readaptação a essa nova condição¹⁹.

O termo seguinte “dificuldade de transplante” é uma condição marcante na vida destes pacientes. Com relação ao tratamento da DRC, o SUS é responsável atualmente pelo financiamento de 90% da terapia renal substitutiva, compreendendo tanto as modalidades de diálise quando o transplante renal²⁰.

Este último acontece quando um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida é implantado no paciente receptor a partir de um procedimento cirúrgico, passando a desempenhar as funções de filtração e eliminação de líquidos e toxinas².

Pesquisa que investigou as facilidades e as dificuldades que as pessoas com doença renal crônica vivenciam após o transplante renal, evidencia que um dos principais pontos positivos para os pacientes transplantados é a liberdade das máquinas, a não dependência, o que contribui para que estas pessoas possam voltar a prática de suas atividades cotidianas sem a rotina rígida do

tratamento hemodialítico. Contudo, o estudo destaca a importância de que o transplantado necessita manter cuidados rigorosos para manutenção e proteção da sua saúde e evitar a rejeição do enxerto, o que causa medo e aflição, muitas vezes por conta da falta de medicamentos imunossupressores²⁰.

Falar sobre a DRC e as implicações do tratamento renal substitutivo, remete aos termos “doença” e “sentimento”, visto que a transição saúde-doença produz no paciente algumas sensações que até então, possivelmente, eram desconhecidas. Diante disso, a DRC desestrutura o cotidiano do paciente, de forma que ele necessita adaptar sua vida às demandas do tratamento, tendo o seu poder de escolha cerceado, pois, ao não cumprir as recomendações desse processo colocará sua vida em risco²¹. Estes dois termos, apesar de não aparecerem como constantes na CIPE®, eles podem ser identificados na referida classificação, algumas vezes como características específicas e outras como parte de enunciados diagnósticos.

Os pacientes renais crônicos incorporam a doença à sua identidade, e de diversas formas demonstram as limitações causadas por ela, muitas vezes atreladas a sentimentos negativos²⁰, tendo a sua qualidade de vida reduzida a um diagnóstico²¹. O enfrentamento da doença por esses pacientes implica na utilização de recursos psíquicos, sendo comum a apresentação de comportamentos atrelados a ansiedade e depressão, pois é requerido do paciente uma reconstrução contextual de adaptação e adesão às exigências que o tratamento requer.

Como limitação do estudo, pode ser citado o fato de a busca de termos ter sido restrita apenas a uma instituição de saúde, o que dificulta as generalizações. Todavia, espera-se que os termos aqui identificados possam servir de base para o desenvolvimento de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a documentação dos cuidados aos pacientes renais crônicos em hemodiálise.

A identificação e conhecimento acerca dos termos resultantes desse estudo visa contribuir para a prática clínica de enfermeiras do campo da nefrologia auxiliando-as no pensamento crítico e na tomada de decisões diagnóstica e terapêutica para o planejamento de cuidados individualizados para a pessoa com DRC.

CONCLUSÃO

O presente estudo descreve um conjunto de termos relacionados às práticas de cuidar da pessoa com DRC, classificados como termos constantes e não constantes na CIPE®, o que possibilita a inclusão de novos termos, considerando que 91 daqueles identificados nesse estudo não estão contemplados na classificação e tem íntima relação com a população estudada, sugerindo sua inclusão numa próxima atualização da CIPE®. Importa ressaltar que, apesar de não serem apresentados nessa publicação, para todos os termos classificados como não constantes na CIPE®, foram desenvolvidas as definições operacionais e validadas por *experts*. Verificou-se uma prevalência de termos do eixo “ação” o que remete ao contexto estudado das necessidades dos pacientes com DRC. Termos esses que podem subsidiar o desenvolvimento de enunciados para intervenções de enfermagem. Em sequência vem os termos do eixo “juízo” que possibilitam a concepção de diagnósticos de enfermagem direcionados pelos termos do eixo “foco”, os quais foram objeto de discussão neste estudo.

Contribuição dos autores:

Concepção e/ou desenho: Francieli Aparecida de Oliveira e Rudval Souza da Silva; Análise e interpretação dos dados: Francieli Aparecida de Oliveira, Ana Raquel Lima Peralva de Almeida e Rudval Souza da Silva; Redação do artigo, revisão crítica e revisão final: Francieli Aparecida de Oliveira, Ana Raquel Lima Peralva de Almeida, Ana Paula Regis Sena Gomes, Saiane Sampaio Alves da Silva, Hnericelly Ruanna Oliveira Costa Damasceno e Rudval Souza da Silva.

REFERÊNCIAS

1. Santos BP, Oliveira VA, Soares MC, Schwartz E. [Chronic kidney disease: relation of patients with hemodialysis]. *ABCS Health Sci*. 2017;42(1):8-14. Portuguese.
2. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2017. *Braz J Nephrol*. 2019;41(2):208-14.
3. Silva RS, Almeida AR, Oliveira FA, Oliveira AS, Sampaio MR, Paixão GP. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. *Enferm Foco*. 2016;7(2):32-6.
4. Ramos NM, Oliveira JS, Nascimento MN, Oliveira CJ, Nóbrega MM, Félix ND. Diagnósticos de enfermagem da CIPÉ® para vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico. *Enferm Foco*. 2020;11(2):112-9.
5. Hanzen IP, Zanotelli SS, Zanatta EA. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para consulta de enfermagem à criança. *Enferm Foco*. 2019;10(7):16-21.
6. Garcia TR. Professional language and nursing domain. *Texto Contexto Enferm*. 2019 ;28:e20190102.

7. Hassani P, Otaghi M, Zagheri-Tafreshi M, Nikbakht-Nasrabadi A. The process of transition to hemodialysis: a grounded theory research. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2017;22(4):319-26.
8. Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
9. Zahra FM, Malucelli A, Freddo AR, Tacla CA. Ferramentas para aprendizagem de ontologias a partir de textos. *Perspect Ciênc Inf.* 2014 ;19(1):3-21.
10. Carlson J. Consensus validation process: a standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC and NOC terms for local populations. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2006;17(1):23-4.
11. Lunney M, Mcquire M, Endozo N, McIntosh-Waddy D. Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for people with traumatic brain injuries. *Rehabil Nurs.* 2010;35(4):161-6.
12. Carvalho CM, Cubas MR, Nóbrega MM. Método brasileiro para desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE®: limites e potencialidades. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):430-5.
13. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas anemia na doença renal crônica - reposição de ferro [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 Abr 15]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/06/837247/relatorio_pcdt_anemiairc_ferro_final.pdf
14. Signori D, Frizzo MN, Novicki A. Hiperferritinemia e anemia ao longo do tratamento hemodialítico. *Rev Saúde Integr.* 2019;12(23):54-68.
15. Guzzo F, Boing E, Nardi AL. [From the kidney's paralisation to the life's movement: the perceptions patients of hemodialysis]. *Rev Abordagem Gestált.* 2017;23(1):22-31. Portuguese.
16. Cruz VF, Tagliamento G, Wanderbroocke AC. [The maintenance of work life by chronic kidney patients in hemodialysis treatment: an analysis of the meanings of work]. *Saúde Soc.* 2016;25(4):1050-63. Portuguese.
17. Matsuoka ET, Rodrigues ML, Silva JM, Galindo WC, Galvão JO. [The professional communication of health-user in chronic kidney disease]. *Rev Subj.* 2019;19(1):e7593.
18. Almeida OA, Santos WS, Rehem TC, Medeiros M. Engaging people with chronic kidney disease in their own care an integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(5):1689-98.
19. Cavalcante MC, Lamy ZC, Santos EC, Costa JM. [Chronic kidney disease patients in the productive phase: perception of limitations resulting from illness]. *Rev Med Minas Gerais.* 2015;25(4):484-92. Portuguese.
20. Santos BP, Viegas AC, Feijó AM, Lise F, Schwartz E. It was/wasn't everything I had imagined: advantages and disadvantages after kidney transplantation. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(3):e60135. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160360135.pdf
21. Oliveira AP, Schmidt DB, Amateeks TM, Santos JC, Cavallet LH, Michel RB. [Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence]. *J Bras Nefrol.* 2016;38(4):411-20.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A MULHER QUE VIVENCIA CÂNCER DE MAMA COM METÁSTASE ÓSSEA

Zélia de Oliveira Saldanha¹

Antônia Margareth Moita Sá²

Marcandra Nogueira de Almeida Santos³

Mary Elizabeth de Santana²

<https://orcid.org/0000-0002-3526-5952>

<https://orcid.org/0000-0002-2053-5622>

<https://orcid.org/0000-0002-0017-855X>

<https://orcid.org/0000-0002-3629-8932>

Objetivo: Desvelar os significados e sentidos do cuidado de enfermagem, na perspectiva de mulheres que vivenciam o câncer de mama em situação de metástase óssea.

Métodos: Estudo qualitativo baseado na fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger. Realizaram-se 24 entrevistas fenomenológicas com mulheres em tratamento oncológico, em um hospital público de referência localizado no norte do país. As entrevistas ocorreram no ano de 2017 com apoio de um roteiro semiestruturado. Os depoimentos foram transcritos e analisados em dois momentos: a compreensão mediana e a interpretação.

Resultados: As mulheres significam o cuidado de enfermagem a partir de manifestações cotidianas de zelo, carinho, atenção, preocupação, paciência e competência profissional. Por sua vez, o sentido desse cuidado para elas desvela-se na impessoalidade e na existência do outro, quando as mulheres demonstram uma necessidade de se sentirem acolhidas e reconhecidas em sua humanidade.

Conclusão: Os resultados do estudo demonstram semelhanças nas experiências de vida das mulheres e sugerem a necessidade de reflexões e ações para o impulsionamento de práticas de enfermagem voltadas ao ser-no-mundo e às diferentes possibilidades de cuidado, diante de seus diferentes significados e sentidos.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Mulheres; Neoplasias de mama; Pesquisa qualitativa; Hermenêutica

NURSING CARE FOR WOMEN WHO EXPERIENCE BREAST CANCER WITH BONE METASTASIS

Objective: To reveal the meanings and senses of nursing care, from the perspective of women who experience breast cancer in a situation of bone metastasis.

Methods: Qualitative study based on Martin Heidegger's hermeneutic phenomenology. Twenty-four phenomenological interviews were carried out with women undergoing cancer treatment, in a public reference hospital located in the north of the country. The interviews took place in 2017 with the support of a semi-structured script. The testimonies were transcribed and analyzed in two moments: median comprehension and interpretation.

Results: Women mean nursing care based on daily manifestations of zeal, affection, attention, concern, patience and professional competence. In turn, the meaning of nursing care for women is revealed in the impersonality and in the existence of the other, when women demonstrate a need to feel welcomed and recognized in their humanity.

Conclusion: The results of the study demonstrate similarities in women's life experiences and suggest the need for reflections and actions to encourage nursing practices aimed at being-in-the-world and the different possibilities of care, given their different meanings and senses.

Keywords: Nursing care; Women; Breast neoplasms; Qualitative research; Hermeneutics

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA MUJERES QUE PADECEN CÁNCER DE MAMA CON METÁSTASIS ÓSEA

Objetivo: Revelar los significados y significados de la atención de enfermería, desde la perspectiva de las mujeres que experimentan cáncer de mama en una situación de metástasis óseas.

Metodos: Estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica de Martin Heidegger. Se realizaron 24 entrevistas fenomenológicas con mujeres sometidas a tratamiento contra el cáncer, en un hospital público de referencia ubicado en el norte del país. Las entrevistas tuvieron lugar en 2017 con el apoyo de un guión semiestruturado. Los testimonios fueron transcritos y analizados en dos momentos: mediana comprensión e interpretación.

Resultados: las mujeres se refieren al cuidado de enfermería basado en manifestaciones diarias de celo, afecto, atención, preocupación, paciencia y competencia profesional. A su vez, el significado de este cuidado por ellos se revela en la impessoalidad y en la existencia del otro, cuando las mujeres demuestran la necesidad de sentirse bienvenidas y reconocidas en su humanidad.

Conclusion: Los resultados del estudio demuestran similitudes en las experiencias de vida de las mujeres y sugieren la necesidad de reflexiones y acciones para impulsar las prácticas de enfermería destinadas a estar en el mundo y las diferentes posibilidades de atención, dados sus diferentes significados y sentidos.

Descriptores: Atención de enfermería; Mujeres; Neoplasias de la Mama; Investigación Cualitativa; Hermenéutica

¹Faculdade Cosmopolita, Belém, PA, Brasil.

²Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

³Conselho Regional de Enfermagem do Pará, PA, Brasil.

Autor correspondente: Marcandra Nogueira de Almeida Santos | E-mail: marcandraa@yahoo.com.br

Recebido: 08/3/2020 - Aceito: 27/11/2020

INTRODUÇÃO

As mulheres com câncer de mama em situação de metástase óssea sofrem diversas condições em consequência do adoecimento, como mudanças de estrutura óssea, dor intensa, dificuldade de locomoção, limitações do autocuidado, compressão medular com disfunção sensorial ou motora, fratura patológica ou osteonecrose, depressão, ansiedade, caquexia e necessidade de utilização crônica de opioides¹⁻³. Nesse contexto, mostram-se necessárias discussões com maior profundidade sobre a abordagem assistencial e o cuidado específico a ser prestado a essas mulheres, tendo em vista seus aspectos individuais e coletivos⁴.

O cuidado está entre nossas características mais primitivas e figura como algo inerente ao ser humano. Nas fases da vida, por diferentes circunstâncias, o cuidado se torna característica presente a partir de duas dimensões: daquele que cuida e daquele que é cuidado. Nessa perspectiva, o cuidado diante de fenômenos complexos, como o câncer de mama em situação de metástase óssea, precisa ser teorizado e praticado com qualidade e segurança, a partir de compreensões amplas acerca das possíveis modificações na vida de uma pessoa que enfrenta a doença e o tratamento oncológico⁵.

Compreensões amplas em saúde significam oportunidades de conhecimentos para além de doenças e suas manifestações físicas, com reflexões sobre a vida e sobre os modos de existir da pessoa doente. Nesse cenário, o enfermeiro e sua equipe podem atuar de maneira significativa, desde a identificação de respostas humanas até a elaboração de estratégias de cuidado qualificado e sistematizado, com vistas à promoção e recuperação da saúde em seus aspectos pessoal e social⁶.

Sugere-se que dar voz às mulheres com câncer de mama em situação de metástase óssea representa um passo importante para a compreensão dos significados e sentidos dos fenômenos vividos durante o tratamento oncológico, assim como dos modos possíveis de manifestação do cuidado diante desses fenômenos.

Nesse sentido, justifica-se a importância de realização de estudos de análise compreensiva sobre a complexidade da experiência de viver o câncer-de-mama-em-situação-de-metástase-óssea, pois o sucesso do cuidado de enfermagem nessa fase da vida perpassa também pelos aspectos subjetivos das pacientes, incluindo a sua capacidade de tolerância ao tratamento proposto e o atendimento de suas expectativas cotidianas⁷.

Considerando esse contexto do cuidar preocupou-nos a seguinte questão: como a mulher que vive com câncer

de mama em situação de metástase óssea significa o cuidado de enfermagem durante o seu tratamento oncológico? Objetivou-se com este estudo desvelar os significados e sentidos do cuidado de enfermagem, na perspectiva de mulheres que vivenciam o câncer de mama em situação de metástase óssea.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, baseado nos referenciais teóricos e metodológicos da fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger. Esse tipo de estudo nos permite analisar em detalhes, caso a caso, como pessoas diferentes refletem e significam experiências semelhantes em suas vidas. É constantemente usado na pesquisa em saúde porque permite uma exploração rigorosa de como as doenças e os cuidados de saúde impactam as experiências de vida das pessoas⁸⁻¹¹.

A fenomenologia Heidegger preocupou-se com a busca pelo sentido de ser doente humano, sentido que, na maioria das vezes, precisa ser desvelado enquanto possibilidades. Ao ente humano, pensado a partir do relacionamento que mantém com seu próprio ser, Heidegger chamou *Dasein* (ser-aí), que vem do alemão *Da* (aí, aqui) e *Sein* (ser). A expressão apresenta como significado "existir" ou "estar aí, está aqui", designando não somente a existência própria do homem, mas um modo privilegiado de ser^{12,13}.

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de quimioterapia de um hospital público localizado em Belém, Pará, classificado como referência na região norte do país para tratamento de câncer e suas complicações.

A população do estudo foi composta de mulheres maiores de 18 anos, com diagnóstico inicial de câncer de mama e submetidas a algum tratamento para metástase óssea no período de coleta de dados da pesquisa. A amostra incluiu somente mulheres sem limitações cognitivas e sem alterações físicas que pudessem conduzir a constrangimentos e desconfortos ou mesmo prejudicar a sua capacidade de expressar-se verbalmente. Assim, participaram do estudo 24 mulheres, com idade entre 40 e 60 anos e cujas ocupações eram donas de casa, aposentadas e pensionistas, agricultoras e professoras.

O acesso às mulheres se deu de modo respeitoso e individual, por meio de um processo de aproximação nas salas de espera do ambulatório do hospital de referência. As mulheres foram escolhidas de modo intencional a partir dos critérios de inclusão e exclusão, foram esclarecidas e convidadas a participar voluntariamente da pesquisa. Nenhuma mulher elegível para o estudo recusou-se a participar do mesmo.

Para a coleta de dados adotou-se a técnica de entrevista do tipo fenomenológica, cujo intuito é compreender as vivências do ser humano a partir de uma atitude de respeito à singularidade do ser e de suas histórias e vivências compartilhadas no mundo¹⁴. As entrevistas foram realizadas em espaços reservados do ambulatório, em dia e horário agendado de acordo com a conveniência de cada mulher, no primeiro semestre de 2017. Utilizou-se um roteiro semiestruturado para desvendar o fenômeno a partir das seguintes questões norteadoras: O quê o cuidado de enfermagem significa para você? Como você percebe o cuidado de enfermagem durante o seu tratamento oncológico?

As entrevistas duraram em média 35 minutos e foram encerradas quando as informações não revelaram nenhum tópico novo, sugerindo saturação dos dados. Uma pesquisadora principal enfermeira, sem qualquer relacionamento prévio com as depoentes, foi devidamente capacitada no método fenomenológico para a condução das entrevistas, que após autorizações foram digitalmente gravadas, transcritas e tornadas anônimas.

As entrevistas transcritas foram analisadas em detalhes por três pesquisadoras enfermeiras e estudiosas da fenomenologia Heideggeriana, que buscaram equilibrar a análise e fortalecer a confiabilidade das interpretações, a partir de leituras atentas e repetidas para se familiarizarem com as declarações das participantes. Em seguida fizeram anotações gerais e específicas em cada uma das transcrições para documentar a codificação exploratória, identificar os temas emergentes, convergências e divergências e comparar suas anotações umas com as outras, com o objetivo de alcançar consenso de opinião e permitir uma compreensão mais simples e mais imediata das falas, que Heidegger chamou de compreensão mediana^{8,11}.

Na sequência, a partir da descrição fenomenológica dos modos de ser das mulheres participantes, tornou-se possível uma compreensão mais interpretativa do fenômeno, por meio da análise dos significados e sentidos que fundamentam o existir para essas mulheres e contribuem para uma compreensão do cuidado como possibilidade de ser. A esse movimento de análise fenomenológica Heidegger chamou de círculo hermenêutico, que compõe-se de pré-compreensão, compreensão e interpretação¹³.

Em todas as fases do estudo foram respeitados os princípios e normativas atinentes à ética em pesquisa com seres humanos no Brasil. A coleta de dados foi iniciada após aprovação de comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Pará, sob o número 1.894.982 (CAAE 59872516.6.0000.5171).

Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e dispuseram de liberdade para

abandonar a pesquisa em qualquer tempo, sem desconfortos ou prejuízos de qualquer tipo. Para preservar suas identidades utilizaram-se códigos compostos pela letra "E", seguida de número sequencial conforme a ordem de realização das entrevistas. Para relatar esta pesquisa considerou-se a lista de critérios consolidados sugeridos no *checklist* COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*)¹⁵.

RESULTADOS

Os depoimentos das mulheres participantes do estudo revelaram como elas compreendem o cuidado de enfermagem em seus modos de vida cotidianos, mediante a organização de suas falas em uma unidade de significação: os cuidados e seus significados para as mulheres.

Os cuidados e seus significados para as mulheres

As mulheres que vivenciam o câncer de mama em situação de metástase óssea significam diferentes tipos de cuidado a partir de observações sobre atitudes e ações imediatas de outras pessoas, demonstradas por meio de preocupação em relação ao seu estado de saúde, bem-estar e modos de enfrentamento de sua rotina de vida.

Nesse aspecto, a família surge como um dos cenários principais para que a mulher perceba essa preocupação, manifesta por meio de carinho, afeto e apoio geral, que lhe permitem compreender, experienciar, dimensionar e significar o que é cuidado:

Cuidado primeiramente é apoio, carinho (...) um cuidado maior tem que ter apoio e carinho, né? (E1)

Acho que o cuidar vai de cada pessoa, mas eu te digo, em termos de cuidado, graças a Deus minha família e amigos sempre me apoiaram. (E5)

É se preocupar com alguém (...) porque minha família se preocupa muito comigo, quer que eu viva mais um tempo com eles, não querem me perder. Acho que cuidado é isso! (E6)

Cuidado, para mim, é o amor (...) o amor de um filho, de um parente, desses meus irmãos, é muito importante (...) o fato de você pegar um telefone, me ligar (...) é o amor da minha família! (E8)

Recebo cuidado dos meus filhos, da minha irmã, eles nunca me abandonam (...) é dar seu tempo, ficar ao meu lado (...) isso pra mim é um cuidado muito grande! Porque a gente sente quando a pessoa tá preocupada! (E10)

Ah! Cuidado é uma pessoa se preocupar com o outro, em ajudar. É ajudar (...) tanto em casa, como no hospital tem gente que me cuida. (E13)

É a atenção da minha família, das minhas irmãs (...) é tudo o que elas fazem. Pra mim isso é cuidado! (E15)

A compreensão das mulheres sobre o cuidado profissional de enfermagem durante o tratamento oncológico se assemelha à compreensão do cuidado recebido de familiares e amigos, pois vincula-se à existência ôntica de preocupação. Para essas mulheres, diante da necessidade de realização de ações de manipulação do corpo físico e de procedimentos invasivos dolorosos, como a punção de acesso venoso periférico, a paciência dos profissionais de enfermagem significa uma preocupação diária que caracteriza e sinaliza a vivência do cuidado. Além disso, para as mulheres o cuidado de enfermagem ocorre quando, além das questões técnicas da profissão, há diálogo, escuta preocupada, demonstrações de afeto e de atenção profissional:

Para mim o cuidado de enfermagem é isso: elas (as enfermeiras) têm muita atenção, paciência (...) têm muito cuidado de olhar nossa medicação, têm o cuidado de conversar com a gente. (E1)

Ela (a enfermeira) sempre me trata bem quando eu chego (...) eu falo para ela: minha veia tá assim, esgotada! Porque eu já tomei soro demais! Aí, elas (as técnicas de enfermagem) dizem: pode ficar tranquila, que a gente vai ter a maior paciência com você, nós não vamos furar muito. (E3)

Com certeza o cuidado da enfermagem é atenção! (E5)

Cuidado é quando dão atenção, quando atendem a gente com paciência. (E14)

Elas demonstram que cuidam da gente dando carinho, atenção, conversando, explicando o que pode e o que não pode (...) quando se esforçam (...) isso é cuidado! (E15)

Por sua vez, a fala de uma das entrevistadas demonstrou que o cuidado de enfermagem, pode ser compreendido a partir da significação histórica que associa a profissão à execução de práticas de caridade e benfeitorias para doentes e pobres, em que teoricamente desempenhar a enfermagem se constituiria uma missão, um dom:

Os enfermeiros têm uma missão que é tratar e cuidar dos velhos, dos pobres, dos doentes (...) é isso que vocês têm de missão aqui na Terra! (E17)

Por outro lado, houve mulheres que se preocuparam em relatar aquilo que compreendem não ser e não fazer parte do cuidado de enfermagem, como a falta de conhecimento técnico para o esclarecimento de dúvidas e a ocorrência de atendimento diferenciado para pacientes que mantém laços de amizade com os profissionais, ou que possuem com eles algum tipo de parentesco:

Já observei de gente ser amigo, ser parente e ser diferente o atendimento aqui, ser melhor (...) isso não é cuidado com os demais! (E9)

Tem uns enfermeiros que não entendem o que a gente pergunta! Tem umas pessoas muito boas, mas tem outros que deixam a desejar. (E18)

Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem representa não apenas a teorização das práticas e condutas assistenciais cotidianas em si, mas está relacionado a uma atitude profissional de demonstração de preocupação, responsabilidade e envolvimento com o outro, percebida na maioria das vezes nos momentos de zelo, atenção, paciência e cordialidade.

DISCUSSÃO

Segundo Martin Heidegger, para tornar possível a compreensão autêntica dos fenômenos humanos é necessário buscá-la por meio da interpretação fenomenológica, que na condição de teoria e método permite desvelar os sentidos de ser, de viver e de compreender o mundo e a si mesmo¹⁶.

A partir de suas experiências diárias no tratamento do câncer de mama e da metástase óssea as mulheres participantes do estudo significam de modo imediato e semelhante o cuidado de enfermagem recebido, contudo essa compreensão aparente não é capaz de desvelar os sentidos não manifestos em suas falas. Sentido para Heidegger é o contexto pelo qual se mantém a possibilidade de compreender alguma coisa, sem que esse algo seja explicado^{12,17}.

Por meio dos relatos proferidos pelas mulheres, vimos que enfrentam o processo de tratamento mediante suas possibilidades de existência no mundo, na condição de ser que no cotidiano reconhece, busca e avalia o cuidado de enfermagem, aceitando a sua facticidade natural, mas rejeitando aquilo que não deseja para si durante essa fase da vida.

O cuidado de enfermagem, assim como outros na perspectiva da hermenêutica heideggeriana, é constituído pelos modos de ser da ocupação com as coisas e da preocupação com os outros. O que determinará a experiência do cuidado são os tipos de encontros possíveis ao *Dasein* e a postura assumida junto aos demais seres: se o *Dasein* se relacionar com entes utilizáveis, o cuidado será marcado pela ocupação; se com outros *Dasein* sua marca será a preocupação-com-o-outro^{18,19}.

Para as mulheres entrevistadas, o sentido do cuidado desvela-se na impessoalidade e na existência do outro, ainda que no cotidiano seus significados aparentes remetam à compreensão do cuidado como sinônimo de ações de zelo, carinho, atenção, preocupação e paciência pelos profissionais de enfermagem ou por sua própria família.

Na condição de ser-aí com a equipe de enfermagem cada mulher compreende as responsabilidades dos profissionais, mas não revela uma compreensão autêntica acerca de suas próprias responsabilidades e possibilidades de ser-no-mundo. Para Heidegger a relação de *Dasein* para *Dasein* diante do cuidado está no ser-com os outros, e não ser-em relação a outros¹⁹.

O cuidado de enfermagem autêntico revela-se na condição de cuidado pré-ocupado, que vai além do ato de desenvolver procedimentos técnicos com promoção de conforto físico e atendimento de necessidades básicas das pessoas, mas envolve comprometimento teórico e prático para promover a recuperação da saúde do outro, sem retirar dele as suas próprias possibilidades de ser-cuidado^{18,20}.

O contrário, no entanto, pode desvelar no cotidiano assistencial a ocorrência de cuidado impróprio e deficiente, restrito ao fazer biológico e a comportamentos de indiferença com o sofrimento dos outros, o que pode afastar as mulheres de suas possibilidades de ser e de compreender de modo autêntico como se dá o cuidado de enfermagem e qual a sua importância à vida das pessoas e às necessidades existenciais do ser.

Nessa perspectiva, a existência é o permanente movimento do cuidado²¹, em que o *Dasein* se vê diante de diferentes possibilidades no mundo, constituindo-se uma delas a de ser- mulher-que-vivencia-o-câncer-de-mama-em-situação-de-metástase-óssea, momento de vida de diferentes experiências e de encontros capazes de garantir a sua própria existência.

Este estudo possui limitações relacionadas à pequena amostra de entrevistas realizadas e por se tratar de uma realidade local, contudo as semelhanças nas experiências de vida das mulheres justificam a realização de novas investigações.

O estudo indica a necessidade de reflexões e de ações para impulsionar a busca e a prática de cuidado de

enfermagem voltado ao ser-no-mundo, a partir da percepção das diversas formas de cuidar, frente aos diferentes significados e sentidos do cuidado para a mulher-que-vivencia-o-câncer-de-mama-em-situação-de-metástase-óssea.

Além disso, o estudo pode ser usado como referência sobre como os profissionais de enfermagem devem agir diante do sofrimento experienciado pelo outro, na perspectiva de transpor as técnicas e o comportamentos padrão instituídos para a assistência cotidiana, tornando possível a prática de um cuidado de enfermagem onticamente completo e ontologicamente autêntico.

CONCLUSÃO

Com este estudo compreende-se que mulheres com câncer de mama em situação de metástase óssea significam o cuidado a partir de manifestações cotidianas de zelo, carinho, afeto, atenção e preocupação, sendo a família a referência primária para o cuidado. Na perspectiva dessas mulheres, o cuidado de enfermagem assume as mesmas significações, acrescidas de paciência e competência profissional à realização de procedimentos invasivos e dolorosos, comuns e necessários durante o tratamento oncológico. Por sua vez, o sentido do cuidado de enfermagem para a mulher-que-vivencia-o-câncer-de-mama-em-situação-de-metástase-óssea desvela-se na impessoalidade e na existência do outro, a partir dos tipos de encontros que cada mulher mantém com os demais seres-aí no mundo. É vivendo na impessoalidade que as mulheres demonstram uma necessidade de se sentirem acolhidas e reconhecidas em sua humanidade, mas revelam movimentos de ocupação e preocupação que vem do ente e não do ser, o que ocorre no cotidiano de maneira natural e inevitável, mas deixa em aberto para elas suas possibilidades mais autênticas de ser e de viver no mundo, não permitindo que se compreendam como seres cuja existência só é possível por intermédio do cuidado.

Contribuição dos autores:

a) concepção e/ou desenho do estudo; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada); Zélia de Oliveira Saldanha, Antônia Margareth Moita Sá, Marcandra Nogueira de Almeida Santos, Mary Elizabeth de Santana. b) coleta e/ou análise e interpretação dos dados: Zélia de Oliveira Saldanha, Antônia Margareth Moita Sá, Marcandra Nogueira de Almeida Santos.

Agradecimentos:

A todas as mulheres participantes do estudo e ao hospital de referência onde a pesquisa foi conduzida.

REFERÊNCIAS

1. Tanaka MH, Souza MM, Gibson DL, Nogueira MP. Evaluation of quality of life in patients treated for metastatic disease of the proximal femur. *Acta Ortop Bras*. 2018;26(4):248-51.
2. Vallim ET, Marques AC, Coelho RC, Guimarães PR, Felix JV, Kalinke LP. Auricular acupressure in the quality of life of women with breast cancer: a randomized clinical trial. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03525.
3. Huang HM, Lai JH, Huang TW. Mediating effects of depression on anxiety and leisure constraints in patients with breast cancer. *BMC Womens Health*. 2019;19(1):141.
4. Patrick DL, Cleeland CS, von Moos R, Fallowfield L, Wei R, Öhrling K, et al. Pain outcomes in patients with bone metastases from advanced cancer: assessment and management with bone-targeting agents. *Support Care Cancer*. 2015 ;23(4):1157-68.
5. Negrão SM, Conceição MN, Mendes MJ, Araújo JS, Pimentel IM, Santana ME. Avaliação da prática de enfermagem na segurança do paciente oncológico. *Enferm Foco*. 2019;10(4):136-42.
6. Xavier EC, Correa Júnior AJ, Carvalho MM, Lima FR, Santana ME. Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos segundo diagrama de abordagem multidimensional. *Enferm Foco*. 2019;10(3):152-7.
7. Medeiros MB, Silva RM, Pereira ER, Melo SH, Joaquim FL, Santos BM, et al. Perception of women with breast cancer undergoing chemotherapy: a comprehensive analysis. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):103-10.
8. Norton W, Furber L. An exploration of how women in the UK perceive the provision of care received in an early pregnancy assessment unit: an interpretive phenomenological analysis. *BMJ Open*. 2018;8(8):e023579.
9. Meaney S, Corcoran P, Spillane N, O'Donoghue K. Experience of miscarriage: an interpretive phenomenological analysis. *BMJ Open*. 2017;7(3):e011382.
10. Souza MA, Cabeça LP, Melo LL. [Nursing research supported by the phenomenological framework of Martin Heidegger]. *Av Enferm*. 2018;36(2):230-7.
11. Paiva AC, Elias EA, Souza IE, Moreira MC, Melo MC, Amorim TV. Cuidado de enfermagem na perspectiva do mundo da vida da mulher-que-vivencia-linfedema-decorrente-do-tratamento-de-câncer-de-mama. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190176.
12. Piolli KC, Decesaro MN, Sales CA. (Not) taking care of yourself as a woman while being a caregiver of a partner with cancer. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2016-0069.
13. Sebold LF, Kempfer SS, Girondi JB, Prado ML. Perception of nursing faculty on the care: Heidegger constructions. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(spe):39-46.
14. Paula CC, Padoin SM, Terra MG, Souza IE, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3):468-72.
15. 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*. 2007;19(6):349-57.
16. Feeley C, Thomson G. Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:59.
17. Rasmussen B, Nielsen CV, Uhrenfeldt L. Being active after hip fracture: older people's lived experiences of facilitators and barriers. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2018;13(1):1554024.
18. Cestari VR, Moreira TM, Pessoa VL, Florêncio RS, Silva MR, Torres RA. The essence of care in health vulnerability: a Heideggerian construction. *Rev Bras Enferm*. 2017 ;70(5):1112-6.
19. Crowther S, Smythe E. Open, trusting relationships underpin safety in rural maternity a hermeneutic phenomenology study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):370.
20. Ramirez-Pérez M, Cárdenas-Jiménez M, Rodríguez-Jiménez S. The Dasein of care from a perspective of Martin Heidegger's hermeneutic phenomenology. *Enferm Univ*. 2015;12(3):144-51.
21. Angel S, Vatne S. Vulnerability in patients and nurses and the mutual vulnerability in the patient-nurse relationship. *J Clin Nurs*. 2017;26(9-10):1428-37.

SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PRÉ-OPERATÓRIO ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Giovanna Paola Trescher¹ <https://orcid.org/0000-0003-0374-7823>
Lúcia Nazareth Amante² <https://orcid.org/0000-0002-5440-2094>
Luciana Martins Da Rosa² <https://orcid.org/0000-0002-1884-5330>
Juliana Balbinot Reis Girondi² <https://orcid.org/0000-0002-3763-4176>
Gisele Martins Miranda² <https://orcid.org/0000-0002-3107-9984>
Maristela Jeci Dos Santos² <https://orcid.org/0000-0003-1717-3410>
Eloisa Cesa Zuanazzi² <https://orcid.org/0000-0001-7121-7213>
Helena Sophia Strauss Mohr² <https://orcid.org/0000-0002-8490-7261>

Objetivo: Elaborar um modelo para consulta de enfermagem informatizada de pré-operatório de mulheres com câncer de mama em um ambulatório oncológico.

Métodos: Estudo metodológico realizado no Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (Brasil). A coleta de dados consistiu em: entrevistas semiestruturadas com 18 mulheres com câncer de mama em período cirúrgico e 13 enfermeiros, submetidas à análise temática; revisão narrativa da literatura; e mapeamento cruzado destes achados com os registros eletrônicos e taxonomia adotados no cenário.

Resultados: Emergiram três categorias temáticas: Conhecendo as necessidades biopsicossociais das mulheres diagnosticadas com câncer de mama; Identificando as necessidades educativas das mulheres submetidas à ressecção do câncer de mama e Analisando as demandas das pacientes e profissionais sobre os aspectos institucionais. Concluído o mapeamento cruzado, construiu-se o modelo da consulta, incluindo registros eletrônicos das etapas do processo de enfermagem, sendo disponibilizados 17 diagnósticos, 22 resultados e 39 intervenções de enfermagem.

Conclusão: O modelo construído contribui para uma linguagem padronizada e científica dos enfermeiros, permitindo o pensamento crítico e facilitando a tomada de decisão. Conseqüentemente, a mulher submetida à ressecção do tumor de mama receberá atenção adequada, nos aspectos físico, emocional, social e profissional.

Descritores: Processo de enfermagem; Neoplasias da mama; Período pré-operatório; Mastectomia

SYSTEMATIZATION OF PRE-OPERATING NURSING CONSULTATION TO WOMEN WITH BREAST CANCER

Objectives: Development of a model for nursing consultation in the preoperative period of women with breast cancer at an oncological outpatient.

Methods: Methodological study carried out in the Oncological Research Center from Santa Catarina (Brazil). Data collection consisted of: semi-structured interviews with 18 women with breast cancer in the surgical period and 13 nurses, submitted to thematic analysis; narrative literature review; and cross-mapping of these findings with the electronic records and taxonomy adopted in the scenario.

Results: Three thematic categories emerged: Knowing the biopsychosocial needs of women diagnosed with breast cancer; Identifying the educational needs of women undergoing breast cancer resection and Analyzing the demands of patients and professionals on institutional aspects. After the cross-mapping was completed, the consultation model was built, including electronic records of the stages of the nursing process, with 17 diagnoses, 22 results and 39 nursing interventions available.

Conclusion: The constructed model contributes to a standardized and scientific language of nurses, allowing critical thinking and facilitating decision making. Consequently, the woman submitted to breast tumor resection will receive adequate attention, in the physical, emotional, social and professional aspects.

Keywords: Nursing process; Breast neoplasms; Preoperative period; Mastectomy

SISTEMATIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PREOPERATORIA A LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Objetivo: Desarrollar un modelo de consulta de enfermería en el período preoperatorio de mujeres con cáncer de mama atendidas en un ambulatório oncológico.

Métodos: Estudio metodológico realizado en el Centro de Investigación Oncológica de Santa Catarina (Brasil). La recolección de datos consistió en: entrevistas semiestruturadas con 18 mujeres con cáncer de seno en el período quirúrgico y 13 enfermeras, sometidas a análisis temático; revisión de literatura narrativa; y mapeo cruzado de estos hallazgos con los registros electrónicos y la taxonomía adoptada en el escenario. **Resultados:** Surgieron tres categorías temáticas: Conocer las necesidades biopsicossociales de las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno; Identificar las necesidades educativas de las mujeres sometidas a resección por cáncer de mama y analizar las demandas de pacientes y profesionales sobre aspectos institucionales. Una vez completado el mapeo cruzado, se construyó el modelo de consulta, que incluye registros electrónicos de las etapas del proceso de enfermería, con 17 diagnósticos, 22 resultados y 39 intervenciones de enfermería disponibles.

Conclusion: El modelo construído contribuye a un lenguaje estandarizado y científico de las enfermeras, permitiendo el pensamiento crítico y facilitando la toma de decisiones. En consecuencia, la mujer sometida a resección de tumor de seno recibirá atención adecuada, en los aspectos físico, emocional, social y profesional.

Descriptores: Proceso de enfermería; Neoplasias de la mama; Período preoperatorio; Mastectomia

¹Centro de Pesquisas Oncológicas, Florianópolis, SC, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Conflitos de interesse: manuscrito extraído de dissertação "Consulta de enfermagem às mulheres com câncer de mama no pré-operatório ambulatorial: construção dos Registros Informatizados" de 2018, pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Modalidade Profissional, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Autor correspondente: Giovanna Paola Trescher | E-mail: giovanna.trescher@cepon.org.br

Recebido: 02/04/2020 - Aceito: 16/12/2020

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tumor que mais acomete as mulheres, sendo sua incidência no mundo equivalente à 2.088.849¹. No Brasil, estima-se 66.280 novos casos da doença para o ano de 2020^{1,2}. Para o controle da doença existem várias opções de tratamento, combinadas ou não. A cirurgia é um tratamento curativo e a maioria das mulheres é submetida a esta terapêutica³. Neste contexto, o estabelecimento do vínculo e da confiança são pilares para o enfrentamento dos desafios o processo cirúrgico de ressecção do câncer de mama, sendo essencial a coleta de dados de enfermagem (entrevista e exame clínico) necessária para prática assistencial eficiente⁴.

No período pré-operatório, o enfermeiro deverá estar atento aos sentimentos e preocupações manifestadas pelas mulheres, pois a não identificação de alterações pode levar a consequências e complicações, tanto no período periperatório quanto no pós-operatório tardio⁴. Nesse contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite a organização do cuidado para que as necessidades e os problemas vivenciados pelas mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico sejam assistidos⁵, pois além da coleta de dados de enfermagem realiza-se o julgamento clínico para definição dos diagnósticos de enfermagem (DE), resultados (R) e intervenções de enfermagem (IE), a partir de um referencial teórico. A CE deve ser uma prática sistematizada, estruturada cientificamente e com uma linguagem de enfermagem unificada, oportunizando a comunicação e a documentação da sua prática⁶.

As teorias de Enfermagem que sustentam a SAE e o Processo de Enfermagem (PE), desde 1997, no Centro de Pesquisa Oncológicas (CEPON), uma instituição brasileira de referência em alta complexidade para o tratamento oncológico, são as do Autocuidado de Dorothea Orem e das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau⁷. Ainda se registra que a SAE no período pré-operatório ocorre ambulatorialmente nas consultas de enfermagem, perpassando todas as etapas do PE⁸.

Em 2011, o *software* Sistema de Gestão em Saúde TASY foi implementado no CEPON, no qual os registros eletrônicos do PE iniciaram em 2015, estando cadastrados conteúdos relacionados à coleta de dados de enfermagem, DE, R e IE segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Interventions Classification* (NIC)⁹⁻¹².

Neste sistema, estavam contempladas todas as etapas do PE, porém os conteúdos disponíveis para os registros de enfermagem não se adequavam a necessidade do

pré-operatório da mulher com câncer de mama, incluindo os cruzamentos entre os DE, R e IE. Observou-se que as orientações relativas ao processo cirúrgico, bem como os registros eram assistemáticos, indicando a necessidade de organização do serviço de enfermagem com a implementação da CE informatizada.

Assim, definiu-se como objetivo elaborar um modelo para consulta de enfermagem informatizada de pré-operatório de mulheres com câncer de mama atendidas em um ambulatório oncológico.

MÉTODOS

Estudo metodológico para construção de um modelo para consulta de enfermagem em pré-operatório de mulheres com câncer de mama.

A pesquisa foi realizada no CEPON, localizada no estado de Santa Catarina, Brasil, que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e oferece tratamento integral às pessoas com câncer. O CEPON oferece a população o serviço de enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição e dietética, serviço social, farmácia, fonoaudiologia, odontologia, terapia ocupacional, oncologia clínica, oncohematologia, oncoginecologia, diagnóstico e imagem, radioterapia, cirurgia, ortopedia, urologia, patologia, intercorrências oncológicas e cuidados paliativos. Atualmente, a Instituição realiza uma média de 10.133 atendimentos mensais. O registro do processo de enfermagem ocorre no prontuário eletrônico. O sistema de gestão em saúde é o *Tasy*, um *software* para gestão de organizações que prestam serviços de saúde.

A coleta e a análise dos dados do estudo englobaram cinco etapas, descritas a seguir:

1ª Etapa - Levantamento das necessidades das mulheres com câncer de mama no período cirúrgico: perspectivas de mulheres e enfermeiros

Nesta etapa, foram incluídas mulheres com mais de 18 anos, submetidas à ressecção do câncer de mama, realizando o primeiro ou segundo ciclo de quimioterapia como tratamento adjuvante. Foram excluídas as mulheres com dificuldade de comunicação verbal e/ou estar internada na instituição. Foram incluídos os enfermeiros que assistiam as mulheres com câncer de mama no período perioperatório, foram excluídos os que estavam em férias ou licenças. Entre abril/maio de 2018, foram realizadas entrevistas, áudio gravadas e transcritas, que foram encerradas mediante a saturação dos dados. Considerou-se a saturação quando nenhum novo elemento foi encontrado e o acréscimo de novas informações deixou de ser necessário, pois não alteraria a compreensão do fenômeno estudado¹³.

Para determinar o alcance da saturação, foram seguidos cinco passos: registro de dados brutos (fontes primárias); imersão nos dados (leitura flutuante dos dados obtidos por meio das entrevistas à medida que eram realizadas); compilação das análises individuais de cada entrevista e agrupamento temático; alocação dos temas e definição das categorias temáticas, o que permitiu a identificação da regularidade dos achados nos depoimentos, de acordo com os temas, e a verificação da consistência dos enunciados¹⁴.

Os dados destas entrevistas foram tratados por meio da análise temática em três etapas distintas: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação¹⁵. Na fase de pré-análise, foi realizada a leitura minuciosa das entrevistas, codificação e organização do material por similaridade. Na segunda fase, o material obtido nas entrevistas foi interpretado com a identificação das necessidades de cuidados das mulheres com câncer de mama acerca do processo cirúrgico e a percepção dos enfermeiros sobre essas necessidades, bem como sugestões para organizar o método e o instrumento para a consulta de enfermagem. Na terceira fase, tratamento dos resultados e interpretação, as categorias temáticas foram construídas intersubjetivamente por mulheres com câncer de mama mediante a experiência do processo cirúrgico e por enfermeiros que as atendem nesta instituição.

2ª Etapa - Revisão narrativa da literatura

A revisão foi realizada em livros, teses, dissertações e artigos disponíveis na Base de dados de Enfermagem (BEDENF), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Medical Literature and Retrieval System onLine* (MEDLINE) via portal PubMed) para subsidiar eleição dos conteúdos relacionados à consulta de enfermagem à mulher com câncer de mama, quais sejam: epidemiologia; fatores de risco; tipos de câncer de mama; tratamentos e cirurgias; impacto do câncer de mama; sistematização da assistência de enfermagem; período pré-operatório das cirurgias para a ressecção do câncer de mama; teorias de enfermagem: teoria das relações interpessoais de Hildegard E. Peplau e teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

3ª Etapa - Mapeamento cruzado

Nesta etapa, os achados na literatura foram agrupados, registrados em arquivo construído para este fim e cruzados com os registros disponíveis no sistema informatizado do CEPON para o PE. As necessidades de mudanças foram

identificadas e registradas para composição do novo modelo para registro da coleta de dados de enfermagem.

Sequencialmente, os resultados obtidos foram cruzados com as taxonomias do *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) - Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-Internacional (NANDA-I)⁹, a Classificação de Intervenções de Enfermagem/*Nursing Interventions Classification* (NIC)¹¹; e a Classificação de Resultados de Enfermagem/*Nursing Outcomes Classification* (NOC)¹⁰, adotadas no CEPON desde 2015. Nesta etapa, determinaram-se os grupos de dados e os tipos de ligações que norteiam o cuidado de enfermagem para as mulheres em pré-operatório de cirurgia de câncer de mama.

Esta etapa configurou o mapeamento cruzado, definido como um processo de explicar ou expressar algo, o qual possibilita mapear e comparar os registros de enfermagem realizados com terminologias não uniformizadas com linguagem padronizada com a intenção de identificar a similaridade e validar o objeto de estudo em diferentes contextos¹⁶.

Para efetivação do mapeamento cruzado, para cada DE elencado, estabeleceram-se R com base na classificação NOC. Por meio dos DE e R, selecionaram-se as IE.

4ª e 5ª Etapas - Adaptação e transcrição dos conteúdos no sistema informatizado

Os resultados obtidos nas etapas anteriores foram registrados em um arquivo do Programa *Microsoft® Office Word*, constituindo o modelo da CE percorrendo as cinco etapas do PE. Este modelo foi apresentado à Gerência de Enfermagem e Direção do CEPON, para aprovação dos conteúdos.

Na sequência, o modelo foi enviado à enfermeira que atua no Serviço de Tecnologia da Informação, de modo a realizar a alimentação dos dados no Sistema de Gestão em Saúde TASY. Concluída esta etapa, iniciou-se o processo de implantação, com capacitação dos enfermeiros e aplicação do modelo.

O desenvolvimento do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o parecer nº: 2.549.602, CAAE nº: 82125817.3.0000.0121, e do CEPON, sob o parecer 2.585.286, CAAE nº: 82125817.3.3001.5355.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 18 mulheres com câncer de mama em período cirúrgico e 13 enfermeiros, totalizando 31 participantes.

Da análise das comunicações emergiram três categorias temáticas: Conhecendo as necessidades biopsicossociais

das mulheres diagnosticadas com câncer de mama; Identificando as necessidades educativas das mulheres submetidas à ressecção do câncer de mama; Analisando as demandas das pacientes e profissionais sobre os aspectos institucionais.

Os achados iniciais obtidos com as entrevistas e revisão de literatura, somados a experiência prática da autora principal deste estudo permitiu a definição dos ajustes necessários para realização e registros da coleta de dados de enfermagem.

Registra-se que o modelo para coleta de dados permaneceu inalterado, entretanto, alguns conteúdos foram excluídos por não se adequarem ao objetivo, correspondente

especificamente ao período pré-operatório, sendo eles: Protocolo referente à quimioterapia, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Termorregulação e Escalas e Índices. Em contraponto, alguns itens foram incluídos por serem considerados pertinentes ao processo em foco, que são: Cirurgia, Identificando o tipo de cirurgia, Exames Diagnósticos (exames laboratoriais, hemograma, coagulograma, ECG).

Os dados e conexões das taxonomias de NANDA-I, NOC e NIC foram registrados em um quadro construído *Microsoft® Office Word*, totalizando 17 DE, 22 R e 39 IE para atender as necessidades de informação, enfrentamento e apoio relacionadas ao pré-operatório. Apresenta-se no quadro 1 a síntese dos conteúdos selecionados.

Quadro 1. Eleição dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem segundo as taxonomias NANDA-I, NOC e NIC

| Diagnósticos de enfermagem (NANDA-I) | Resultados de enfermagem (NOC) | Intervenções de enfermagem (NIC) |
|--|--|--|
| Domínio 4 Atividade/repouso Classe 1 • Sono/repouso Insônia (00095) | Sono (0004) | Melhora do sono (1850) Atividade: - auxiliar na eliminação de situações estressantes antes da hora de dormir. |
| Domínio 4 Atividade/repouso Classe 5 • Autocuidado Manutenção do lar prejudicada (00098) | Bem-estar familiar (2601) Funcionamento familiar (2602) | Assistência para manutenção do lar (7180) Atividade: - auxiliar a família a usar a rede de apoio social. |
| Domínio 6 Autopercepção Classe 2 • autoestima Baixa autoestima situacional (00120) | Autoestima (1205) | Fortalecimento da autoestima (5400) Atividade: - auxiliar o paciente a encontrar autoaceitação; - transmitir confiança na capacidade do paciente de lidar com situações. |
| Domínio 6 Autopercepção Classe 2 • autoestima Risco de baixa autoestima situacional (00153) | Autoestima (1205) | Fortalecimento da autoestima (5400) Atividade: - encorajar o paciente a identificar pontos fortes; - reforçar os pontos positivos pessoais reconhecidos pelo paciente; - transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com a situação. |
| Domínio 6 Autopercepção Classe 3 • imagem corporal Distúrbio na imagem corporal (00118) | Imagem corporal (1200) | Melhora da imagem corporal (5220) Atividades: - usar orientação antecipada para preparar o paciente para mudanças previsíveis na imagem corporal; - identificar uma forma de reduzir o impacto de qualquer desfiguração por meio de roupas, perucas ou cosméticos, conforme apropriado. |
| Domínio 8 Sexualidade Classe 2 • função sexual Disfunção sexual (00059) | Funcionamento sexual (0119) | Aconselhamento sexual (5248) Atividade: - discutir o efeito da saúde e da doença na sexualidade; - fornecer informação factual sobre mitos e informações equivocadas sobre sexo que o paciente possa verbalizar; - discutir formas alternativas de expressão sexual que sejam aceitáveis para o paciente, conforma apropriado. |
| Domínio 9 Enfrentamento/tolerância ao estresse Classe 2 • Respostas de enfrentamento Ansiedade (00146) | Autocontrole da ansiedade (1402) | Redução da ansiedade (5820) Atividade: - fornecer informações factuais a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico; - encorajar a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos. |
| Domínio 9 Enfrentamento/tolerância ao estresse Classe 2 • Respostas de enfrentamento Ansiedade relacionada à morte (00147) | Término de vida com dignidade (1307) | Redução da ansiedade (5820) Atividade: - utilizar abordagem calma e tranquilizadora; - fornecer informações factuais a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico. |

Continua...

Continuação.

| Diagnósticos de enfermagem (NANDA-I) | Resultados de enfermagem (NOC) | Intervenções de enfermagem (NIC) |
|--|--|---|
| Domínio 10 Princípios da vida Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Religiosidade melhorada (00171) | Enfrentamento (1302) Esperança (1201) | Melhora do enfrentamento (5230) Atividade: - encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado; Promoção da esperança (5310) Atividade: - auxiliar o paciente a expandir-se espiritualmente. |
| Domínio 11 Segurança/proteção Classe 1 • Infecção Risco de infecção (00004) | Controle de riscos (1902) | Proteção contra infecção (6550) Atividade: - Ensinar o paciente e familiares sobre os sinais e sintomas da infecção e quando notificá-la às instituições de atendimento médico; - Ensinar ao paciente e membros da família como evitar infecções. |
| Domínio 11 Segurança/proteção Classe 2 • Lesão física Risco de integridade tissular prejudicada (00248) | Integridade tissular: pele e mucosas (1101) | Prevenção de lesões por pressão (3540) Atividades: - utilizar uma ferramenta de avaliação de risco que seja reconhecida para monitorar os fatores de risco do indivíduo (por exemplo, a escala de braden); - documentar quaisquer incidências prévias de formação de lesões de pressão. |
| Domínio 11 Segurança/proteção Classe 2 • Lesão física Risco de sangramento (00206) evidenciado por coagulopatia inerente (por exemplo, trombocitopenia) | Estado circulatório (0401) | Precaução contra sangramento (4010) Atividades: - monitorar os testes de coagulação, incluindo tempo de protrombina (tp), tempo de trombotoplastina parcial (tpp), fibrinogênio, produtos de degradação/divisão da fibrina e contagem plaquetária, conforme apropriado; - orientar o paciente a evitar aspirina ou outros anticoagulantes. |
| Domínio 11 Segurança/proteção Classe 2 • Lesão física Risco de lesão por pressão (00249) | Integridade tissular: pele e mucosas (1101) | Prevenção de lesões por pressão (3540) Atividades: - utilizar uma ferramenta de avaliação de risco que seja reconhecida para monitorar os fatores de risco do indivíduo (por exemplo a escala de braden); - encorajar o indivíduo a não fumar e a evitar uso do álcool; - assegurar uma ingestão dietética adequada, especialmente, proteínas, vitaminas B e C, ferro e calorias, utilizando suplementos, quando apropriado. |
| Domínio 11 Segurança/proteção Classe 5 • processos defensivos Risco de resposta alérgica (00217) | Controle de riscos (1902) Detecção do risco (1908) | Controle de alergias (6410) Atividades: - identificar alergias conhecidas (por exemplo, medicamentos, alimentos, insetos, ambientais) e reações usuais; - documentar todas as alergias no prontuário clínico, conforme o protocolo. |
| Domínio 11 Segurança/proteção Classe 5 • processos defensivos Risco de resposta alérgica ao látex (00042) | Controle de riscos (1902) Detecção do risco (1908) Preparo pré-procedimento (1921) | Precauções no uso de artigos de látex (6570) Atividades: - perguntar ao paciente, ou a outra pessoa apropriada, sobre a história de reação sistêmica ao látex de borracha natural (por exemplo edema facial ou escleral, olhos lacrimejantes, urticária, rinite e chiado no peito); - registrar no prontuário do paciente sobre alergia ou risco; - reportar informações ao médico, farmacêutico, e outros profissionais da saúde, conforme indicado. |
| Domínio 12 Conforto Classe 1 • conforto físico Conforto prejudicado (00214) | Estado de conforto (2008) | Aumento da segurança (5380) Atividade: - Ouvir os temores do paciente/familiares; - Explicar todos os exames e procedimentos ao paciente/familiares. |
| Domínio 12 Conforto Classe 1 • conforto físico Dor aguda (00132) | Controle da dor (1605) | Controle da dor (1400) Atividades: - Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes; - Auxiliar o paciente e família a buscar e propiciar suporte; - Orientar sobre os princípios de manejo da dor; - Explorar o uso atual do paciente de métodos farmacológicos de alívio da dor; - Orientar sobre os métodos farmacológicos de alívio da dor. |

Além do modelo de CE para mulheres em período pré-operatório de cirurgia de câncer de mama e com o intuito de prepará-las para a cirurgia, foi elaborado um instrumento para mediar esta interação e facilitar a compreensão destas mulheres sobre o processo que estão vivenciando. Com base no conteúdo identificado na perspectiva das mulheres

e na percepção dos enfermeiros, sustentados pela literatura, foi elaborado o modelo de consulta de enfermagem.

DISCUSSÃO

O entendimento de pacientes e enfermeiros quanto às nuances da doença converge para uma compreensão mútua,

na qual as pacientes exprimem seus medos e anseios, ao passo que os enfermeiros demonstram clara percepção das necessidades emocionais demonstradas por suas pacientes. Assim, a relevância de propiciar instrumentos pelos quais as mulheres possam obter orientação, bem como seus familiares, atestando que as atitudes simples, como a confecção de folders explicativos, podem representar uma grande diferença na vida cotidiana dessas pacientes.

O paciente cirúrgico apresenta-se inseguro, sentimento que emerge em situações desconhecidas¹⁷. O enfermeiro destaca-se como o profissional da equipe de saúde com maior possibilidade de estar próximo e conhecer o paciente já que permanece diuturnamente com ele¹⁸, cabendo promover a comunicação e realizar as orientações de maneira sistemática, colaborando assim com o trabalho da equipe¹⁹. É neste cenário que o enfermeiro tem a oportunidade de realizar a educação em saúde, uma de suas atribuições essenciais²⁰. O modelo da consulta de enfermagem incluiu a confecção de material educativo, gerado a partir da definição das intervenções de enfermagem, o qual é impresso e disponibilizado à mulher no pré-operatório.

O folder propicia que os pacientes se sintam mais acolhidos e tenham acesso a um registro escrito das informações, pois são muitos elementos para serem lembrados e a maioria dos pacientes apresenta dificuldade em lembrar-se de tantas informações. O material escrito é uma fonte de orientação até mesmo para os momentos em que o enfermeiro não esteja presente para orientar²¹.

O uso de tecnologias e meios de melhorar a relação do paciente com o seu próprio cuidado auxilia o fornecimento de orientações adequadas, diminuindo o risco de más interpretações devido a alguma falha na comunicação verbal¹⁹.

Intervenções pedagógicas educativas promovem um maior envolvimento do paciente no seu autocuidado e os tornam capazes de lidar com a sua condição de saúde, empoderando e capacitando para postergar o aparecimento de complicações futuras²².

A experiência de adaptar e validar um instrumento para implementar a CE para mulheres em período pré-operatório de ressecção do câncer de mama, possibilitou uma compreensão da importância das etapas do processo de enfermagem, viabilizando a individualização da assistência e o direcionamento do cuidado e a melhoria dos cuidados prestados e gerando perspectivas para ampliação aos demais pacientes no período pré-operatório.

Somado a isto, as intervenções de enfermagem circundam a comunicação eficaz, aberta e adaptada ao raciocínio terapêutico, que objetiva à negociação de metas assistenciais acordadas com o paciente e com sua família,

proporcionando um cuidado planejado. São evidenciados os benefícios de uma CE pré-operatória previamente estruturada, a organização da assistência de enfermagem baseada nas relações interpessoais, aproximando paciente e profissional e criando possibilidades para o autocuidado.

A operacionalização da CE informatizada mostrou que motiva a todos devido a percepção da satisfação daqueles que por nós são cuidados, proporcionando qualidade na informação, melhor interação, educando e preparando para o autocuidado. É importante sentir a diferença de uma pessoa esclarecida, gerando redução dos seus medos e anseios, comparados a outra sem uma prévia orientação.

A CE possibilita um ambiente para a relação interpessoal, assim como, a identificação de fragilidades e possibilidades para o tratamento a ser seguido. O papel educativo e de apoio emocional deve ser uma atuação expressiva do enfermeiro, evitando o cuidado mecanizado e fragmentado, focando no atendimento individualizado que reconheça as necessidades, os anseios e os desejos sentidos por essas mulheres²³.

A contribuição do enfermeiro neste processo é relevante, ratificando a necessidade de registro das ações realizadas, visto que por vezes as intervenções não são registradas, bem como não há padronização da linguagem para registro do que é observado, avaliado e executado. É fundamental refletir sobre a responsabilidade profissional do cuidar, educar e pesquisar, buscando intervenções e processos educativos nas diversas dimensões da assistência. Por meio da CE, a autonomia e cientificidade profissional do enfermeiro são promovidas, aperfeiçoando assim a interação entre o profissional e o paciente e direcionando as práticas do cuidado de forma planejada, integral, continuada, individualizada e participativa²⁴.

Ao aplicar o PE, os enfermeiros usam ferramentas que contribuem para a padronização, facilitando a comunicação e a troca de informações entre os profissionais. Para que o PE fosse efetivado, contemplaram-se todas as suas etapas, sendo necessária a construção dos itens que compõem a coleta de dados, bem como seus relacionamentos com os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem²⁵.

Ao proporcionar a organização e sequência das atividades de enfermagem, a SAE promove a assistência continuada, torna os registros mais precisos e possibilita o acesso às informações dos pacientes por todos os profissionais, o que otimiza e aperfeiçoa a assistência de enfermagem.

Somado a isto, as IE circundam a comunicação eficaz, aberta e norteada ao raciocínio terapêutico, que objetiva a negociação de metas assistenciais acordadas com o paciente e sua família, proporcionando um cuidado planejado²⁶.

Mediante a CE, é possível criar uma relação interpessoal e identificar fragilidades e possibilidades para o tratamento

a ser seguido. Discutindo as IE com a paciente, como estratégia de desenvolvimento da autonomia, direcionando para ao autocuidado.

Sendo assim, a mulher submetida à cirurgia para ressecção do tumor de mama deve ser bem orientada na CE pré-operatória, envolvendo seus diversos aspectos, sendo eles físicos, emocionais, sociais e profissionais, tornando fundamental a adoção de estratégias de assistência sistematizada.

Considerando que as taxonomias NOC e NIC não contextualizam plenamente as IE necessárias ao contexto oncológico. Portanto, salienta-se a necessidade de ampliar os estudos no que se refere às intervenções de enfermagem específicas em Oncologia.

Entende-se que este estudo viabilizará a assistência em enfermagem sistematizada, de modo a organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e modelos de cuidados de enfermagem. Como consequências, têm-se a visibilidade e reconhecimento profissional, além de favorecer a ampliação do vínculo entre paciente e profissional, contribuindo para a qualificação do cuidado.

CONCLUSÃO

A CE pré-operatória da mulher com câncer de mama favorece e potencializa a relação interpessoal entre enfermeiro e paciente. A linguagem padronizada e científica permite

o pensamento crítico e facilita a tomada de decisão. A CE é uma tecnologia que auxilia o profissional e beneficia o paciente, proporcionando a organização das atividades de enfermagem, de modo a promover uma assistência continuada, com registros mais precisos e de acesso para toda a equipe.

Contribuição dos autores:

Giovanna Paola Trescher: Concepção e/ou desenho do estudo, Redação e/ou revisão crítica do manuscrito, Aprovação da versão final a ser publicada. Lúcia Nazareth Amante: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito Aprovação da versão final a ser publicada. Luciana Martins Da Rosa: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito, Aprovação da versão final a ser publicada. Juliana Balbinot Reis Girondi: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito, Aprovação da versão final a ser publicada. Gisele Martins Miranda: Coleta, análise e interpretação dos dados, Redação e/ou revisão crítica do manuscrito, Aprovação da versão final a ser publicada. Maristela Jeci dos Santos: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito, Aprovação da versão final a ser publicada. Eloisa Cesa Zuanazzi: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito, Aprovação da versão final a ser publicada. Helena Sophia Strauss Mohr: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito, Aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon: IARC; 2018 [cited 2019 Feb 10]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 2020 Feb 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
3. Rosa LM, Trescher GP, Silva RD, Silva RH. Atenção à mulher em oncologia ginecológica. In: Kleyde VS, Caetano LC, organizadores. Saúde das mulheres & enfermagem. Belo Horizonte: Traço; 2017. p. 192-206.
4. Matoso LM, Melo JA, Oliveira LE, Oliveira KK. [Needs assistance perioperative mastectomy]. Rev Saúde Pública St Catarina. 2014;7(1):8-23. Portuguese.
5. Paiva AC, Arreguy-Senna C, Alves MS, Salimena AM. [Construction of instruments for systematized nursing care: women undergoing surgical procedure of mastectomy]. Rev Enferm Cent Oeste Min. 2016;6(2):2282-91. Portuguese.
6. Dantas CN, Santos VE, Tourinho FS. Nursing consultation as a technology for care in light of the thoughts of Bacon and Galimberti. Texto Contexto Enferm. 2016;25(1):e2800014.
7. Rosa LM, Mercês NN, Marcelino SR, Radünz V. Nursing consultation in care delivery to the oncological patient: contextualizing a reality. Cogitare Enferm. 2007;12(4):487-93.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução No. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Cofen; 2009 [citado 2020 Feb 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
9. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação: 2018-2020. 11a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC classificação dos resultados de enfermagem. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
11. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC classificação das intervenções de enfermagem. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
12. Miranda GM, Rosa LM, Bertoncello KC, Mercês NN, Amante LN, Alvarez AG. [Clinical decision computerized system in nursing: a construction and validation in oncology]. Enferm Foco. 2019;10(7):103-8. Portuguese.
13. Thiry-Cherques RH. Saturation in qualitative research: empirical sizing estimation. Rev PMKT. 2009;2(2):20-7.
14. Fontanella BJ, Luchesi BM, Saidel MG, Ricas J, Turato ER, Melo DG. [Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation]. Cad Saúde Pública. 2011;27(2):389-94. Portuguese.

15. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Lucena AF, Barros AL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(1):82-8.
17. Coppetti LC, Stumm EM, Benetti ER. Feedback from patients in the perioperative period of cardiac surgery on the guidance provided by the nursing team. *Rev Min Enferm.* 2015;19(1):120-6.
18. Costa TM, Sampaio CE. Nursing guidance and its influence on surgical hospital patients' anxiety levels. *Rev Enferm UERJ.* 2015;23(2):260-5.
19. Almeida PS, Pellanda LC, Caregnato RC, Souza EN. Implementation of a nursing orientation for pre-operative cardiac surgery patients using a digital medium. *Rev SOBECC.* 2017;22(2):68-75.
20. Farias DL, Nery RN, Santana ME. [The nurse as health educator of the person stomized with colorretal cancer]. *Enferm Foco.* 2018;10(1):35-9. Portuguese.
21. Oliveira SC, Lopes MV, Fernandes AF. Development and validation of an educational booklet for healthy eating during pregnancy. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(4):611-20.
22. Teston EF, Arruda GO, Sales CA, Serafim D, Marcon SS. Nursing appointment and cardiometabolic control of diabetics: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):468-74.
23. Oliveira MF, Carvalho DS, Gonzalez AC, Trajano ET. [Retrospective study of patients diagnosed with breast cancer hospitalized in university hospital]. *Rev Bras Mastologia.* 2016;26(2):56-9. Portuguese.
24. Silva RS, Almeida AR, Oliveira FA, Oliveira AS, Sampaio MR, Paixão GP. [Nursing care systematization in the perspective of staff]. *Enferm Foco.* 2016;7(2):32-6. Portuguese.
25. Garcia TR. *Classificação Internacional para Prática da Enfermagem - CIPE(®): aplicação à realidade brasileira.* Porto Alegre: Artmed; 2015.
26. Martins KP, Macedo-Costa KN, Oliveira DS, Valdevino SC, Rezende LC, Costa TF. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. *J Res Fundam Care Online.* 2015;7(1):1756-64.

PROGRAMA INTEGRADOR E O CUIDADO DE ENFERMAGEM FRENTE A DOR CRÔNICA

Juliane de Macedo Antunes^{1,2} <https://orcid.org/0000-0002-9763-8291>

Donizete Vago Daher² <https://orcid.org/0000-0001-6249-0808>

Erica Brandão de Moraes² <https://orcid.org/0000-0003-3052-158X>

María Fernanda Muniz Ferrari² <https://orcid.org/0000-0001-6606-8938>

Marina de Almeida Geraldo² <https://orcid.org/0000-0001-7012-7291>

Objetivo: Descrever a implantação do Programa Integrador a pacientes com dor crônica pós-operatória.

Métodos: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência. O Programa Integrador foi implementado em novembro de 2018, na clínica da dor, do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia no Rio de Janeiro. Incluídos pacientes adultos, orientados, que realizaram cirurgia ortopédica, com dor crônica pós-operatória de 3 a 12 meses de início.

Resultados: O Programa Integrador é composto por 04 etapas, com acompanhamento interprofissional tendo enfoque na melhoria da qualidade de vida, ansiedade, depressão e pensamento catastrófico. O cuidado sistematizado do enfermeiro, no ambulatório de dor, produz autonomia no gerenciamento da dor e suas intervenções superam limitações existentes através da Consulta de Enfermagem, realizando além do acolhimento e relação profissional-paciente, a avaliação da dor, diagnóstico de enfermagem, elaboração de plano de cuidados, registro adequado, monitoramento de indicadores que qualificam todo percurso, resultando em conforto, melhor entendimento do paciente e organização do processo de trabalho.

Conclusão: Os resultados são satisfatórios apontando que o Programa Integrador tem sido o grande aliado da equipe interprofissional na assistência ao paciente com tamanha especificidade e complexidade.

Descritores: Dor crônica; Cuidado de enfermagem; Equipe multiprofissional

INTEGRATING PROGRAM AND NURSING CARE WITH REGARD TO CHRONIC PAIN

Objective: To describe the implementation of the Integrator Program to patients with chronic postoperative pain.

Methods: Descriptive study. The Integrator Program was implemented in November 2018, at the Pain Clinic, of the National Institute of Traumatology and Orthopedics in Rio de Janeiro. Including adult, oriented patients who underwent orthopedic surgery, with chronic postoperative pain from 3 to 12 months of onset.

Results: The Integrator Program consists of 04 stages, with interprofessional follow-up focusing on improving the quality of life, anxiety, depression and catastrophic thinking. The systematized care of nurses, in the pain outpatient clinic, produces autonomy in pain management and their interventions overcome existing limitations through the Nursing Consultation, performing in addition to welcoming and professional-patient relationship, pain assessment, nursing diagnosis, elaboration of care plan, proper registration, monitoring of indicators that qualify the entire journey, resulting in comfort, better understanding of the patient and organization of the work process.

Conclusion: The results are satisfactory; pointing out that the Integrator Program has been the great ally of the interprofessional team in patient care with such specificity and complexity.

Keywords: Chronic pain; Nursing care; Multiprofessional team

PROGRAMA INTEGRADOR Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE AL DOLOR CRÓNICO

Objetivo: Describir la implementación del Programa Integrador a pacientes con dolor crónico postoperatorio.

Métodos: Estudio descriptivo, tipo relato de experiencia. El Programa Integrador se implementó en noviembre de 2018, en la Clínica del Dolor, del Instituto Nacional de Traumatología y Ortopedia en Rio de Janeiro. Incluyendo pacientes adultos, orientados, sometidos a cirugía ortopédica, con dolor postoperatorio crónico de 3 a 12 meses de inicio.

Resultados: El Programa Integrador consta de 04 etapas, con seguimiento interprofesional enfocado a mejorar la calidad de vida, ansiedad, depresión y pensamiento catastrófico. La atención sistematizada del enfermero, en el ambulatorio del dolor, produce autonomía en el manejo del dolor y sus intervenciones superan las limitaciones existentes a través de la Consulta de Enfermería, realizando además de acogida y relación profesional-paciente, valoración del dolor, diagnóstico de enfermería, elaboración de plan de atención, registro adecuado, seguimiento de indicadores que califiquen todo el recorrido, resultando en comodidad, mejor comprensión del paciente y organización del proceso de trabajo.

Conclusión: Los resultados son satisfactorios, señalando que el Programa Integrador ha sido el gran aliado del equipo interprofesional en la atención al paciente con tanta especificidad y complejidad.

Descriptorios: Dolor crónico; Cuidado de enfermería; Equipo multiprofesional

¹Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Conflitos de interesse: Parte integrante de Tese de Doutorado em desenvolvimento na Universidade Federal Fluminense.

Autor correspondente: Juliane de Macedo Antunes | E-mail: julianedemacedoantunes@hotmail.com

Recebido: 29/3/2020 - Aceito: 20/11/2020

INTRODUÇÃO

A natureza multidimensional da dor demanda do profissional de saúde um cuidado ao paciente que envolve além de conhecimentos da fisiopatologia da dor, uma assistência integral e humanizada, entendendo as particularidades deste ser que vive com a dor, essenciais ao manejo, como: o comportamento, relações pessoais, cultura, crenças, hábitos diários; fatores que impactam tanto na doença quanto no modo de viver, ou seja, no enfrentamento. Portanto, assistir ao paciente com tamanha especificidade, requer um cuidado centralizado, com uma perspectiva interprofissional, alinhando os perfis profissionais as complexas necessidades de saúde e buscando reorganização de práticas de saúde na lógica do trabalho em equipe.

Compreendendo que os cuidados aos indivíduos são necessários a fim de permitir a continuidade da vida das pessoas, dos grupos e das sociedades, pressupõe-se que sua origem esteja relacionada a qualquer pessoa que ajude outra a ter garantida a manutenção da sua vida, e não a um ofício ou profissão. Assim, em seu sentido mais original, o cuidado não tem nenhuma relação com profissão, é uma prática com significações diferenciadas conforme contexto inserido. A concepção de um conceito de cuidado não se restringe a técnicas, tecnologias ou relação entre profissionais e pacientes, de modo a ampliar o cuidado para uma composição de elementos que inclua questões econômicas, sociais e políticas na sua constituição¹.

O cuidado de enfermagem, presente nas diferentes práticas, agrega ações da natureza própria da profissão, fruto de um preparo técnico e científico que se fundamenta no conhecimento empírico, pessoal, ético, estético e político, objetivando promover a saúde e a dignidade humana. Neste sentido, em pacientes com dor crônica, também necessitam de cuidados de enfermagem integralizados, atendendo a saúde física e mental do ser humano. Configura-se, na articulação de saberes, que proporcionam ao paciente possibilidades adaptativas em seu viver devido as variadas práticas intervencionistas que impactam positivamente na compreensão frente ao processo doloroso².

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, parte integrante da tese de doutorado da primeira autora, que também é responsável pela coordenação de enfermagem no local. A tese, em construção está intitulada *“O viver com dor crônica: o desafio do Programa Integrador e a singularidade do cuidado interprofissional”*.

Pensando na complexidade do indivíduo com dor crônica, foi implementado o Programa Integrador (PI), na clínica

da dor, do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) no Rio de Janeiro.

A experiência retrata o Programa Integrador desde sua criação, em novembro de 2018, até fevereiro de 2020.

O Programa Integrador é formado como um conjunto de práticas interprofissionais a fim de assistir, integralmente, o paciente com dor crônica com cuidados de enfermeiros e psicólogos no acompanhamento ambulatorial de pacientes com dor crônica, ações estas realizadas em parceria com profissionais médicos que já realizavam anteriormente, mas de forma isolada.

O relato seguiu as recomendações da resolução 466/12, e integra o projeto de tese aprovado na Plataforma Brasil CAAE: 03179118.4.0000.5243.

Buscando compartilhar uma experiência que retrata essa perspectiva interprofissional ao paciente com dor crônica, este artigo se justifica e tem como objetivo descrever a implantação do Programa Integrador (PI) em pacientes com dor crônica pós-operatória.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA E RESULTADOS ALCANÇADOS

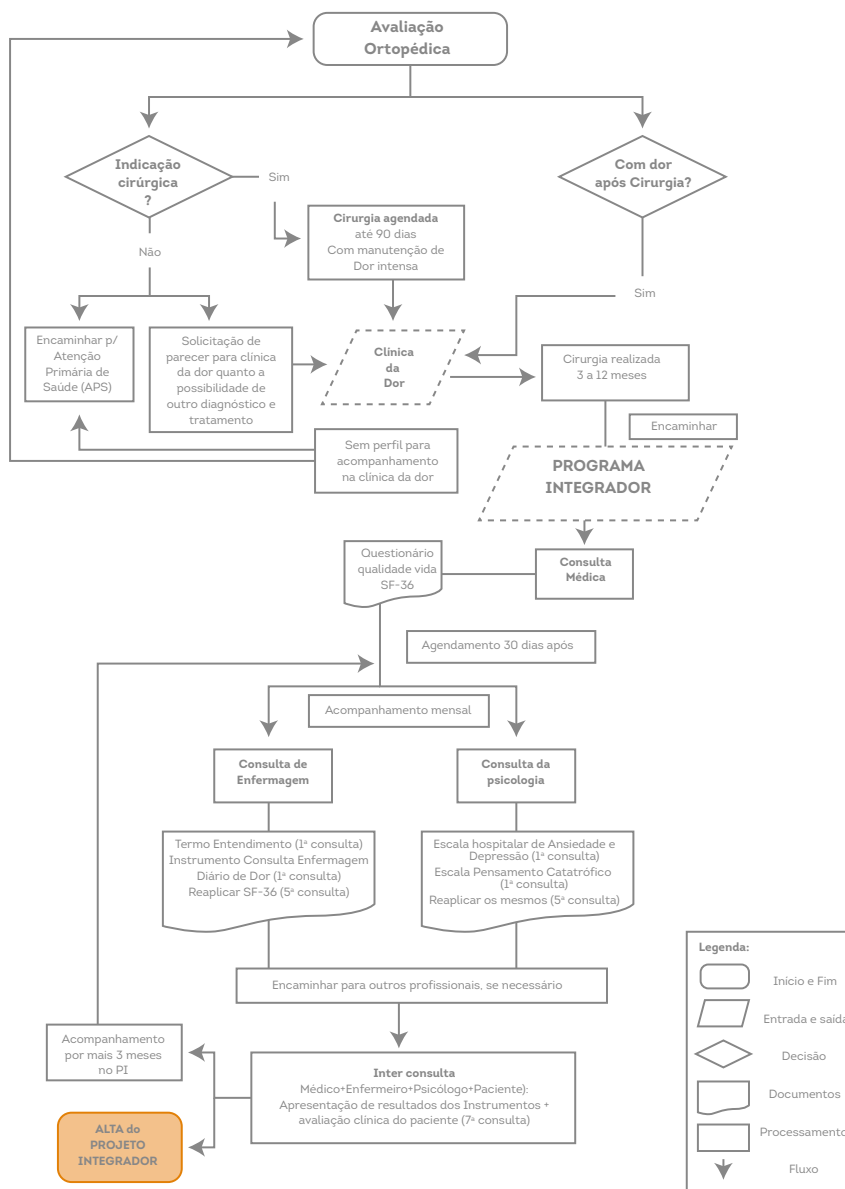
O processo de trabalho do PI tem como norte o cuidado interprofissional, baseado na atuação colaborativa e participativa de todos os diferentes profissionais de saúde envolvidos, atendendo sempre às necessidades dos indivíduos que vivem com dor crônica. Neste sentido, se reconhece a complexidade da situação trazida por cada um destes indivíduos, assim como o contexto no qual estão os mesmos inseridos.

O indivíduo é inserido ao PI conforme critérios de inclusão (pacientes adultos, orientados, que realizaram cirurgia ortopédica, com dor crônica pós-operatória de 3 a 12 meses de início), podendo permanecer de 7 a 10 meses.

Durante todo o desenvolvimento do PI, um conjunto de ações (escuta ativa, educação, auto responsabilização no gerenciamento da dor, importância da participação) ao paciente, família e ao cuidador, se faz presente com o propósito de ampliar sua literacia em saúde. Esta é definida pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais, e a capacidade dos indivíduos para conquistarem melhor acesso aos serviços compreenderem e usarem as informações de forma que possam promover e manter a boa saúde”³.

A figura 1 ilustra o fluxograma de acompanhamento do PI.

O PI possui identidade visual própria, conforme figura 2 e é composto de 4 etapas:



Fonte: Elaborado pela equipe da Clínica de Dor INTO, 2020.

Figura 1. Fluxograma de acompanhamento do paciente no Programa INTEGRADOR



Fonte: Elaborado pela Área de Assessoria de Comunicação do INTO, 2019.

Figura 2. Identidade visual do Programa Integrador

Etapa 1: O atendimento inicia com a consulta médica onde se realizam ações como anamnese, diagnóstico, elaboração do plano terapêutico, encaminhamento aos demais profissionais do Programa.

Nesse momento é aplicado Questionário Qualidade de Vida - SF-36. O questionário SF-36 está validado para o Brasil e tem sido utilizado em pacientes com dor crônica^{4,5}.

Etapa 2: Consulta de Enfermagem (CE), realizada trinta dias após a consulta médica com acompanhamento mensal por 5 meses. No 6º mês, última consulta de enfermagem ocorre a reavaliação da qualidade de vida, com reaplicação do questionário SF-36. A gerência do cuidado é realizada por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem

(SAE), que constitui uma ferramenta que norteia as ações do enfermeiro. Composto a SAE, todas as etapas do Processo de Enfermagem (PE) são realizadas. Além disso, são desenvolvidas as ações:

- Aplicação do Termo de Entendimento e Recebimento - instrumento padronizado pela Instituição que contém orientações ao paciente sobre o Programa Integrador, assim como critérios para permanência no programa, informações recebidas, sendo uma via, fornecida ao paciente e a outra arquivada em prontuário;
- Apresentação e explanação da Cartilha Educativa denominada "Meu diário de dor". Esta consiste em uma tecnologia educativa que permite realizar um mapeamento dos níveis de dor, bem como registro dos níveis de qualidade de vida, ansiedade, depressão e pensamentos catastróficos do indivíduo. O paciente participa de forma ativa no programa, por meio de uma construção conjunta, que envolve planejamento de cuidados, metas estabelecidas, anotações que o mesmo julgue importantes, controle do agendamento, metas alcançadas e resultado dos instrumentos aplicados.
- Registrar as informações recebidas do paciente no sistema próprio da Clínica de Dor, a fim de elaborar o plano de cuidados.

A atuação do enfermeiro na assistência em diferentes contextos, quando efetivadas por meio de ferramentas e instrumentos para detecção, intervenção e avaliação têm produzido expressivas melhorias na qualidade de vida, adesão ao tratamento, gerenciamento do autocuidado e minimização do sofrimento de pacientes que vivem com dor crônica². O processo educativo é um instrumento de socialização de conhecimentos, de promoção da saúde e de prevenção de doenças, pois contribui na valorização da autonomia, da autoestima, da autoconfiança e realização, sendo capaz de transformar posturas e atitudes⁶.

Como parte integrante do plano de cuidados, as práticas integrativas e complementares ganham um destaque especial na medida em que os pacientes têm ótima adesão e satisfação que complementam a atenção médica e psicológica. São trabalhadas com as seguintes terapias: auriculoterapia, aromaterapia, meditação, técnicas de terapia cognitiva comportamental, além de educação em dor e reconhecimento do viver com dor crônica através do diário de dor, alimentado pelo paciente.

Os enfermeiros também gerenciam os indicadores de resultado e de processo, como ferramentas essenciais para qualificação assistencial. No que tange a qualidade, não há como deixar de descrever o processo de aquisição do selo de qualidade do COFEN, adquirido em Novembro de 2019.

Etapa 3: Consulta com a Psicóloga. Esta ação transcorre com o desenvolvimento de:

- Escuta ativa e levantamento de necessidades;
- Utiliza como base a Gestalt-terapia que tem como fundamento para o ser humano na sua totalidade e integração, sua relação consigo mesmo e com o meio⁷;
- Aplicação das Escalas de Ansiedade e Depressão;

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), após validação no Brasil, foi validada especificamente para pacientes com dor crônica⁸:

- Aplicação da Escala de Pensamentos Catastróficos.

A escala de Pensamentos Catastróficos (PC) sobre Dor, validada no Brasil, composta de nove itens escalonados em uma escala Likert⁹.

Na última consulta de ambas as categorias (enfermagem e psicologia) ocorrem à reavaliação da qualidade de vida, da ansiedade e depressão e do pensamento catastrófico, sendo reaplicados os respectivos questionários.

Etapa 4: Consulta Interprofissional. Neste momento, o atendimento ao paciente, é realizado por todos os profissionais que o acompanharam neste período (médico, enfermeiro, psicólogo), incluindo o familiar e/ou o cuidador. A finalidade agora é, além de integralização na perspectiva da interprofissionalidade, apresentar os resultados alcançados junto ao PI e nortear ações importantes para o viver com dor crônica, potencializando, positivamente, o autogerenciamento da dor. A interprofissionalidade aqui tem um papel significativo devido a resolução de problemas em conjunto e tomada de decisão, priorizando o cuidado centrado no paciente a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades.

Nesta fase, o paciente pode receber alta do Programa Integrador, e conseqüentemente, da clínica da dor. Conforme descrito no fluxograma, da figura 1, há possibilidade da sua permanência por mais três meses, a fim de realizar ajustes de preparo para sua alta, como por exemplo, o "desmame" medicamentoso e avaliação de outros profissionais de saúde, visando complementar resultados ou alcance de metas estipuladas em conjunto. No momento da sua alta, recebe um certificado de "Honra ao Mérito" onde está inscrito "Eu sou maior que minha dor", conforme figura 3.

A singularidade do viver com dor crônica possui interfaces com os aspectos biopsicossociais. Ou seja, as dimensões afetadas nesta longa vivência podem interferir no dia-a-dia do indivíduo¹⁰. O modelo biopsicossocial para manejo da dor tem o foco na pessoa e não na doença, busca identificar fatores modificáveis e não modificáveis¹¹.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Figura 3. Certificado ofertado ao paciente quando de sua alta do PI

O não alívio da dor tem sido atribuído por pesquisadores a uma variedade de barreiras que impedem ou limitam o paciente no gerenciamento da dor de maneira mais efetiva. Dentre essas dificuldades encontram-se o treinamento e a formação dos profissionais de saúde. Estas ainda deixam lacunas que impedem a condução mais resolutiva. Assim, há relatos de atrasos na identificação precoce da dor crônica, mitos e concepções equivocadas sobre a dor e seu tratamento e, por fim, a não explicitação sobre as possibilidades de acesso a programas interdisciplinares para o conhecimento e manejo da dor, estes que são considerados o “padrão-ouro” em cuidados com a dor.

Um dos métodos propostos para o resolutivo manejo da dor envolve a promoção, junto aos pacientes, de orientação sobre o autogerenciamento para assim capacitá-los para a participação ativa dos cuidados à sua saúde¹². O autogerenciamento é, tomando como base estes autores, esforços para aumentar o conhecimento das pessoas, para desenvolverem habilidades e melhorarem a sua autoconfiança, com vistas a cuidarem melhor de sua saúde.

A percepção das limitações para autogerenciamento da dor, associados a baixa autoconfiança na capacidade para resolver seus desafios, são inerentes e interagem com contingências sociais resultando em maior incapacidade e angústia afetiva. Esta incapacidade e sofrimento, então, servem para confirmar crenças negativas, agravando assim a experiência de dor. O sentimento de que a dor é um sofrimento sem solução pode ser causado pelos frequentes fracassos terapêuticos, o que leva a uma postura de acomodação à dor¹³. É necessário conhecer o significado da dor para o paciente e seus sentimentos frente a sua condição, utilizando esse conhecimento para optar pelo melhor procedimento terapêutico¹⁴.

Durante todo período de acompanhamento participativo do paciente no PI, é realizada escuta ativa, ações de educação em saúde, afim de que ele possa ressignificar a sua dor, minimizar seu sofrimento com suporte emocional, restabelecer as suas atividades diárias. Antes mesmo de completar um ano de sua implementação, o P.I. aponta para resultados satisfatórios para a vida de pacientes e famílias, como por exemplo, com retorno de muitos dos pacientes às suas atividades laborais, ampliação do interesse por si próprio, redução dos quadros diários de dor, ampliação do interesse para a produção de artigos artesanais e de plantio de flores e vegetais, motivação para retomada de atividades diárias de vida, melhora da autoestima, melhora no padrão do sono, redução do uso da terapêutica medicamentosa, além de encurtamento do tempo de tratamento com precoce alta da clínica da dor. Por fim, os pacientes passam a compreender que a dor poderá permanecer, mas ela é ressignificada, ela já não mais domina o seu viver.

O cuidado interprofissional é um grande desafio, principalmente se tratando de um hospital ortopédico e cirúrgico. O acompanhamento ambulatorial, dos pacientes com dor crônica, sempre ocorreu com médicos, norteados, basicamente, por terapia medicamentosa. Inserir, ativamente, outras categorias e terapêuticas foi uma tarefa que necessitou de grande sensibilização. Foi necessário, que as etapas estivessem bem delineadas para que a comunicação fosse a mais efetiva possível e, para tanto, foi imprescindível supervisionar este processo bem de perto.

Outra limitação foi pensar em estratégias para adesão as consultas de profissionais não médicos. Uma cultura diferente dentro da instituição. E, para este perfil de pacientes, que sempre acreditou que o medicamento seria sua cura, não foi diferente.

A implantação de algumas práticas integrativas e complementares durante a consulta de enfermagem foi bem questionada, mas por questões legais, resolvidas.

O cuidado sistematizado do enfermeiro, no ambulatório de dor, produz autonomia no gerenciamento da dor e suas intervenções superam as limitações existentes através da Consulta de Enfermagem, realizando além do acolhimento e relação profissional-paciente, a avaliação da dor, diagnóstico de enfermagem, elaboração de plano de cuidados, inserção de práticas integrativas e complementares, registro adequado, aquisição de resultados, monitoramento de indicadores que qualificam todo percurso, resultando em conforto, melhor entendimento do paciente e organização do processo de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes com dor crônica, quando acompanhados por programas interprofissionais podem mudar o foco de sua

atenção centrada na cura, para a busca de ações que tragam tanto controle e redução da dor, como o bem-estar físico e emocional. Desta forma, o Programa Integrador tem sido o grande aliado da equipe interprofissional na assistência ao paciente com tamanha especificidade e complexidade.

Contribuições dos autores:

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

REFERÊNCIAS

1. Contatore OA, Malfitano AP, Barros NF. [For a sociology of care: reflections beyond the field of health]. *Trab Educ Saúde*. 2019;17(1):e0017507. Portuguese.
2. Antunes JM, Daher DV, Ferrari MF, Pereira LC, Faria M, Sveichtizer MC, et al. Nursing practices in patients with chronic pain: an integrative review. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(6):681-7.
3. World Health Organization. Guide for documenting and sharing of "best practices" in health programmes. Brazzaville: WHO; 2008 [cited 2019 Nov 12]. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/Guide_for_documenting_and_Sharing_Best_Practice_-_english_0.pdf
4. Campolina AG, Bortoluzzo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. [Validation of the Brazilian version of the generic six-dimensional short form quality of life questionnaire (SF-6D Brazil)]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3103-10.
5. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najjar AL, Anjos LA, Vasconcellos MM. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(4):889-97.
6. Pena SB, Silva AC, Ramos IO, Barbosa AS, Studart RM. Atividades da vida diária de pacientes após transplante pulmonar. *Enferm Foco*. 2019;10(7):70-5.
7. Pinto EB. [Brief psychotherapy in the gestalt approach: questioning prejudices] [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 7]. Portuguese.
8. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
9. Sardá Junior J, Nicholas MK, Pereira IA, Pimenta CA, Asghari A, Cruz RM. Validation of the pain-related catastrophizing thoughts scale. *Acta Fisiátr*. 2008;15(1):31-6.
10. Almeida FF, Costa Junior AL, Doca FN, Turra V. [Pain experience and psychosocial variables: the state of the art in Brazil]. *Temas Psicol*. 2010;18(2):367-76. Portuguese.
11. O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Keefe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, et al. Cognitive functional therapy: an integrated behavioral approach for the targeted management of disabling low back pain. *Phys Ther*. 2018;98(5):408-23.
12. Bender JL, Radhakrishnan A, Diorio C, Englesakis M, Jadad AR. Can pain be managed through the Internet? A systematic review of randomized controlled trials. *Pain*. 2011;152(8):1740-50.
13. Oliveira CH, Martins EA, Montezeli JH, Souza TG, Dellaroza MS. Understanding the experience of older people with chronic pain: the light of Callista Roy's theory. *Ciênc Cuid Saúde*. 2017;16(1):1-7.
14. Silveira NB, Silveira RS, Avila LI, Gonçalves NG, Lunardi VL, Enderle CF. Procedimentos terapêuticos de enfermagem no contexto da dor: percepção de pacientes. *Enferm Foco*. 2016;7(1):61-5.

DESAFIOS DA ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Daniela Sanches Couto¹

Kaique Saimom Lemes Farias Rodrigues²

<https://orcid.org/0000-0003-0767-4000>

<https://orcid.org/0000-0001-9601-2337>

Objetivo: Levantar os desafios que a enfermagem encontra para desempenhar a assistência aos pacientes em Cuidados Paliativos, a partir da produção científica disseminada em periódicos on-line.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, com coleta de dados no mês de maio de 2018, nas bases de dados Banco de Dados em Enfermagem, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Scientific Electronic Library Online.

Resultados: foram identificadas 35 publicações, cujas análises textuais permitiram a construção de quatro abordagens temáticas: Educação em enfermagem; Assistência/cuidado em enfermagem; Implementação de diretrizes.

Conclusão: O estudo verificou as lacunas da assistência de enfermagem em cuidados paliativos, levantando a necessidade do desenvolvimento de novos estudos para disseminar conhecimento sobre a temática.

Descritores: Cuidados paliativos; Enfermagem; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Cuidados de enfermagem

CHALLENGES OF NURSING CARE IN PALLIATIVE CARE

Objective: To raise the challenges that nursing encounters to perform assistance to patients in Palliative Care, based on scientific production disseminated in online journals.

Methods: Integrative literature review, with data collection in the month of May 2018, in the databases Database in Nursing, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Scientific Electronic Library Online.

Results: 35 publications were identified, whose textual analysis allowed the construction of four thematic approaches: Education in nursing; Nursing assistance / care; Implementation of guidelines.

Conclusion: the study verified the gaps in nursing care in palliative care, raising the need for the development of new studies to disseminate knowledge on the subject.

Keywords: Palliative care; Nursing; Hospice care; Nursing care

DESAFÍOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PALIATIVA

Objetivo: Plantear los desafíos que enfrenta la enfermería para brindar asistencia a los pacientes en Cuidados Paliativos, con base en la producción científica difundida en revistas en línea.

Métodos: Revisión bibliográfica integradora, con recopilación de datos en mayo de 2018, en las bases de datos de la base de datos en enfermería, literatura latinoamericana y caribeña en ciencias de la salud y biblioteca electrónica científica en línea.

Resultados: Se identificaron 35 publicaciones, cuyo análisis textual permitió la construcción de cuatro enfoques temáticos: Educación en enfermería; Asistencia / cuidado de enfermería; Implementación de lineamientos.

Conclusión: El estudio verificó las brechas en la atención de enfermería en los cuidados paliativos, lo que plantea la necesidad de desarrollar nuevos estudios para difundir el conocimiento sobre el tema.

Descriptores: Cuidados paliativos; Enfermería; Cuidados paliativos al final de la vida; Atención de enfermería

¹Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

²Hospital do Câncer de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil.

Autor correspondente: Daniela Sanches Couto | E-mail: dsanchescouto@gmail.com

Recebido: 28/03/2020 - Aceito: 24/12/2020

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CPs) foram idealizados para proporcionar conforto, bem-estar e suporte aos pacientes em fase terminal e seus familiares. Essa especialidade partiu do movimento *hospice*, que tem como filosofia o cuidado direcionado as pessoas que estão passando pela fase final da vida, pelo progresso incurável de alguma patologia ou o processo natural de envelhecimento¹.

A Organização Mundial da Saúde define os CPs como uma prática assistencial para melhorar a qualidade de vida das pessoas com enfermidade sem cura ou uma doença com evolução incurável e dos familiares. Por meio de uma avaliação, identificando de forma precoce e tratando rigorosamente é possível aliviar não somente a dor e o sofrimento mais, os aspectos psicossociais e espirituais².

A nível internacional as pesquisas sobre os CPs contribuem para o avanço da assistência, quando são cumpridos os objetivos e princípios filosóficos das práticas paliativas. Os CPs na atualidade vêm ganhando destaque nos debates sobre saúde e assistência de pacientes com patologias crônicas incuráveis³.

No Brasil os CPs se encontram em uma categoria emergente para a assistência realizada a finitude da vida. A prática paliativa consiste no enfoque do paciente, fugindo da assistência curativista. Entende-se como um período em que a enfermidade crônica, evolutiva, incurável e que não apresenta resposta aos tratamentos. Dessa forma, os profissionais devem proporcionar uma assistência apropriada, com o objetivo de melhorar a qualidade e o conforto desse período final da vida⁴.

Existem fatores que influenciam as práticas paliativas no Brasil, como: a inexistência de uma política nacional de CPs, o difícil acesso aos fármacos opioides, falta de disciplinas específicas durante a graduação dos profissionais de saúde e a carência de serviços e programas especializados em CPs. Outro fator é a transformação do padrão demográfico do país, em que a população vem envelhecimento, associado ao aumento dos diagnósticos de câncer, patologia que necessita de CPs acarretando grande impacto social⁵.

Para que os CPs desenvolvam uma assistência integral é necessária uma equipe multiprofissional, onde o objetivo é possibilitar conforto e qualidade de vida ao paciente em fase terminal. A equipe é formada por profissionais da área da saúde, como: medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, farmácia, terapia ocupacional, entre outros. Dentre esses, o papel que a enfermagem desempenha é fundamental⁶.

Como o objetivo das práticas paliativas é realizar uma intervenção na saúde do paciente, o enfermeiro compõe um cargo insubstituível para o desempenho dessa assistência,

onde o profissional representa o elo entre o paciente, seus familiares e o resto da equipe. Além das circunstâncias em que o enfermeiro é o profissional que passa mais tempo com o paciente e à família, o que permite uma efetividade na assistência⁷.

O profissional de enfermagem prescreve as intervenções de forma holística, centrada na integralidade do indivíduo considerando aspectos físicos, funcionais, sociais e da espiritualidade. Uma prática que requer conhecimento de acordo com as necessidades que o paciente apresenta, levando em consideração a fase terminal com circunstâncias crônicas e degenerativas, para determinar a assistência⁸.

Considerando a importância dos cuidados paliativos para enfermagem, existe a necessidade de conhecer os desafios que essa prática enfrenta para apresentar um aprimoramento na assistência. Diante do exposto, se levanta o questionamento: Quais os desafios que a enfermagem apresenta para realizar uma assistência de qualidade e humanizada na área de cuidados paliativos? Como a formação contribui para esse tipo de assistência especializada?

Justifica-se a realização do estudo em virtude da necessidade de conhecer os desafios que a prática paliativa enfrenta para se consolidar no país e possibilitar uma assistência de qualidade. O objetivo deste estudo é realizar um levantamento dos desafios que a enfermagem encontra para desempenhar a assistência aos pacientes em CPs, a partir da produção científica disseminada em periódicos on-line.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada a partir do levantamento de problemáticas evidenciadas em artigos científicos, formulação do problema, a coleta, avaliação, interpretação de dados e apresentação dos resultados. Essa metodologia realizada em etapas permite sintetizar os saberes de diversos estudos sobre o tema em que a partir de seus resultados desenvolve-se uma análise das falhas já evidenciadas e possíveis soluções para melhorar de um serviço para o atendimento em saúde⁹.

Para elaboração da revisão integrativa seguiu-se o protocolo elaborado contendo seis etapas¹⁰: identificação do tema e construção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e a apresentação da revisão. Delimitou-se a problemática da pesquisa como “quais os desafios da assistência de enfermagem na área de cuidados paliativos ofertados aos pacientes em fase terminal?”.

A coleta foi realizada no mês de maio de 2018. O levantamento das literaturas se deu por meio das bases bibliográficas eletrônicas, sendo elas: Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Utilizando-se para busca os descritores: Cuidados paliativos, Enfermagem de cuidados paliativos e Assistência Terminal.

Foram utilizados como filtros de idioma português, inglês e espanhol, entre os anos de 2015 a 2018. Incluindo na pesquisa todos os artigos originais e disponíveis. Foram excluídos relatos de experiência, estudo de caso, revisões de literatura, reflexões, relatórios de gestão, editoriais, cartas, resumos de anais, publicações duplicadas, teses, dissertações, livros e artigos que não atendessem a temática da revisão.

A partir da estratégia de busca foram encontrados 144 artigos, nas três bases de dados. Na sequência foram pré-selecionados por meio da leitura de título, resumo e descritores, onde realizou-se a exclusão dos mesmos conforme os critérios definidos na presente pesquisa, totalizando 45 artigos.

Estes passaram por uma leitura integral, na intenção de evidenciar e delimitar o conteúdo vital para o aprofundamento da investigação. Para isso, levou-se em consideração o tema e seu enquadramento dos critérios estabelecidos. A partir da referida identificação das amostras e dos critérios determinados na segunda etapa da metodologia, obteve-se uma amostra de final de 35 artigos. Os dados dessas etapas se apresentam de forma mais adequada no fluxograma (Figura 1).

A seguir realizou-se a categorização das amostras selecionadas, em que o objetivo foi codificar e documentar as informações extraídas dos artigos científicos. Coletando os seguintes dados: Definição do sujeito (título, ano, base de dado, periódico, temática, idioma, país, autores, instituição sede), características metodológicas, fatores que dificultam a assistência de enfermagem em cuidados paliativos, propostas de medidas para melhorar a qualidade da assistência e métodos empregados para aprimorar a assistência de enfermagem em cuidados paliativos.

Com a aglutinação dos estudos desta revisão, levou em consideração os fatores apresentados pelos autores como fundamentais para a assistência de enfermagem em cuidados paliativos e suas sugestões para o aperfeiçoamento do atendimento. Os resultados foram organizados pelo levantamento de desafios que a enfermagem enfrenta na área de cuidados paliativos.

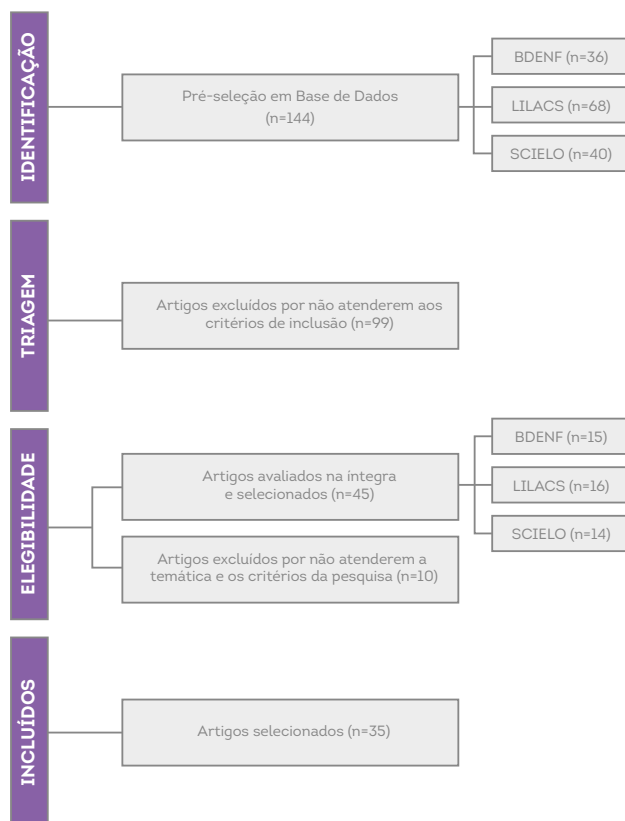


Figura 1. Fluxograma com a coleta e análise de dados

RESULTADOS

Constatou-se que em relação ao ano da publicação dos artigos, compreendidos entre 2015 e 2018, apresentaram a seguinte distribuição, quatorze (40%) em 2017, doze (34%) em 2016, oito (23%) em 2015 e um (3%) em 2018. Em relação as plataformas de coleta de dados temos quatorze (40%) no BDENF, onze (31%) no LILACS e dez (21%) no SciELO.

No que se refere ao país de publicação 30 (86%) dos trabalhos são nacionais e seis (14%) internacionais, sendo três (8%) do México, um (3%) da Colômbia e um (3%) da Espanha. No que tange ao idioma de publicação do artigo vinte e seis (74%) foram publicados em português, cinco (14%) em inglês e quatro (12%) em espanhol.

Quanto as instituições sede, responsáveis pelo desenvolvimento das pesquisas, estavam assim distribuídos: vinte e seis (74%) foram realizados por instituições universitárias; seis (17%) em instituições hospitalares; um (3%) Fundação de Pesquisa; um (3%) em Unidade de Atenção Básica e um (3%) em Institutos de seguro social.

Ao analisar as metodologias utilizadas pelos autores doze (34%) são de abordagem qualitativa, nove (26%) estudo descritivo com abordagem qualitativa, quatro (11%) estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, dois (5,66%) estudo descritivo, dois (5,66%) estudo

transversal descritivo, dois (5,66%) estudo transversal, um (3%) quantitativo transversal e prospectivo, um (3%) Qualitativa, fundamentada na fenomenologia, um (3%) exploratório qualitativo e um (3%) quantitativo de corte transversal longitudinal.

O contexto em que as pesquisas foram desenvolvidas, relacionado aos locais onde em que realizaram as pesquisas: vinte e cinco (71%) em âmbito hospitalar, seis (17%) em instituições de ensino superior, dois (6%) Programa de internação domiciliar, um (3%) Unidades de Básicas de Saúde e um (3%) em Instituição de Serviço domiciliar.

Em relação ao perfil das amostras treze (37%) artigos desenvolveram pesquisas com enfermeiros; sete (20%) com pacientes; seis (17%) com profissionais de enfermagem, com enfermeiros e Técnicos de enfermagem; três (8%) com estudantes de enfermagem; um (3%) com equipe profissional de setor hospitalar; um (3%) com cuidador primário; um (3%) com idosos com câncer; um (3%) com familiares de pacientes sem possibilidade de cura; um (3%) com pacientes e enfermeiros e um (3%) com professores.

A aglutinação dos estudos desta revisão levou em conta os desafios apresentados pelos autores, utilizando a análise temática para agrupar e interpretar dados semelhantes. Desse agrupamento emergiram três categorias referente aos desafios para desenvolver uma assistência de enfermagem paliativa, fatores relacionados a educação em enfermagem, medidas relacionadas diretamente a assistência de enfermagem e ausência de diretrizes e guias específicos para assistência paliativa.

O alicerce para o exercício profissional vem do desenvolvimento curricular, toda construção prática e pedagógica implementada durante a formação determina os profissionais de enfermagem. O quadro 1 apresenta as temáticas dos estudos analisados em que o principal desafio para assistência paliativa está relacionado a formação em enfermagem.

Com relação ao campo da assistência direta aos pacientes em fase terminal, os estudos desta revisão pontuaram as dificuldades para as práticas desenvolvidas na assistência paliativa. O quadro 2 apresenta os principais temas relacionados a dificuldade na pratica da assistência de enfermagem paliativa.

Outro agrupamento foi relacionado aos levantamentos sobre a necessidade de protocolos e diretrizes direcionadas a assistência paliativa dos cuidados de enfermagem. O quadro 3 apresenta os principais temas que abordam as necessidades de diretrizes específicas para os cuidados paliativos.

Quadro 1. Temas abordados nos estudos selecionados no campo da educação em enfermagem nos CP

| Educação em enfermagem | |
|---|--|
| Temas | Autores |
| Temática não abordada durante a formação profissional | Hernández-Sánchez ML e Aguilar-García CR ⁶ Pérez Vega ME, Cibanal LJ ¹¹ Santos BC, Souza IM, Scaldelai RS, Lozano TS, Sailer GC, Preto VA ¹² Lopera-Betancur MA ¹³ Carvalho KK, Lunardi V, Silva PA, Vasques TC, Amestoy SC ¹⁴ Silveira NR, Nascimento ER, Rosa LM, Jung W, Martins SR, Fontes MS ⁴ |
| Formação teórica sobre o processo da morte | Silva RS, Oliveira CC, Pereira A, Amaral JB ¹⁵ Vieira TA, Oliveira M, Martins ER, Costa CM, Alves RN, Marta CB ¹⁶ |
| Educação continuada para qualificação profissional | Faller JW, Zilly A, Moura CB, Brusnicki PH ¹⁷ |

Quadro 2. Temas abordados nos estudos selecionados no campo da assistência/cuidado em enfermagem nos CP

| Assistência/cuidado em enfermagem | |
|---|--|
| Temas | Autores |
| Abordagem profissional na dimensão da espiritualidade | Guerrero-Nava JA, Romero-Quechol G, Martínez-Olivares M, Martínez-Martínez RA, Rosas-Reyes SC ¹⁸ Tomaszewski AS, Oliveira SG, Arrieira IC, Cardoso DH, Sartor SF ¹⁹ Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Abrão FM, Batista PS, Oliveira RC ²⁰ Arrieira IC, Thofehrn MB, Milbrath VM, Schwonke CR, Cardoso DH, Fripp JC ²¹ Silva BS, Costa EE, Gabriel IG, Silva AE, Machado RM ²² Arrieira IC, Thoferhn MB, Schaefer OM, Fonseca AD, Kantorski LP, Cardoso DH ²³ Matos TR, Meneguín S, Ferreira ML, Miot HA ²⁴ |
| Pouca experiência prática em cuidados paliativos | Britto SM, Ramos RS, Santos EI, Veloso OS, Silva AM, Mariz RG ²⁵ Guimarães TM, Silva LF, Santo FH, Moraes JR, Pacheco ST ²⁶ Silva MM, Santanda NG, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DL, Moreira MC ²⁷ Queiroz TA, Ribeiro AC, Guedes MV, Coutinho DT, Galiza FT, Freitas MC ²⁸ |
| Encaminhamento tardio de pacientes com doenças crônicas | Oliveira MC, Gelbcke FL, Rosa LM, Vargas MA, Reis JB ²⁹ |
| Comunicação entre profissionais-pacientes/profissionais | Lima MP, Oliveira MC ³⁰ Rosa CG, Oliveira SG, Velleda KL, Ribeiro BF ³¹ Silva IN, Salim NR, Szylyt R, Sampaio PS, Ichikawa CR, Santos MR ³² |
| Prática baseada em princípios éticos | Andrade CG, Andrade MI, Brito FM, Costa IC, Costa SF, Santos KF ³³ |
| Compreensão do conceito ortotanásia para implementação dos CP | Silva RS, Evangelista CL, Santos RD, Paixão GP, Marinho CL, Lira GG ³⁴ |

Continua...

Continuação.

| Assistência/cuidado em enfermagem | |
|---|--|
| Temas | Autores |
| Permanência dos pacientes em CP em ambiente hospitalar | Matos MR, Muniz RM, Viegas AC, Przylynski DS, Holz AW ³⁵ |
| Despreparo para assistência frente a morte | Reksua VM, Paganini MC ³⁶ Silva RS, Pereira A, Mussi FC ³⁷ Santana JC, Dutra BS, Carlos JM ³⁸ |
| Atender os aspectos psicológicos na assistência paliativa | Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y ³⁹ |
| Dimensionamento de pessoal | Fuly PS, Pires LM, Souza CQ, Oliveira BG, Padilha KG ⁴⁰ |

Quadro 3. Temas abordados nos estudos selecionados no campo da implementação de diretrizes para prestação dos CP

| Implementação de diretrizes | |
|---|---|
| Temas | Autores |
| Necessidade de criação de Protocolos e Guias para assistência | Santos EC, Oliveira IC, Feijão AR ⁴¹ |
| Padronização das intervenções | Gulini JE, Nascimento ER, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MA ³ |
| Políticas públicas | Hey A, Hermann AP, Mercês NN, Lacerda M ^{R42} |

DISCUSSÃO

Os desafios para a implementação integral da assistência de enfermagem em Cuidados Paliativos, estão cada vez mais presentes na atuação desta categoria, sobretudo no que se refere a atenção que o profissional dispensa ao paciente terminal e seus familiares, bem como a outros profissionais, levando-se em consideração a necessidade da transdisciplinaridade para a prática desta terapêutica.

Considera-se como ponto inicial para a existência de uma boa assistência, a excelência da aplicação dos conhecimentos, adquirida por meio das bases educacionais dos profissionais atuantes nesta área, entretanto, se tratando da educação em enfermagem, evidenciou-se nos estudos que no processo de formação do profissional desta categoria, há uma expressiva escassez de discussões referentes às etapas do desenvolvimento terapêutico no âmbito do paliativismo, traduzindo-se numa assistência pouco qualificada quando analisada pelo viés da especificidade de condutas necessárias à práxis^{4,6,11-14}. Mais especificamente, este mesmo fator está principalmente vinculado a abordagem acerca da morte, especulando-se a possível existência de um tabu oculto, sobre esta ocorrência^{15,16} e, agregada a tais perspectivas, consolida-se que a falta de atividades de educação continuada para qualificação profissional

dificulta a implementação de uma assistência integralizada¹⁷, pontuando notadamente que a educação, a assistência e o cuidado em enfermagem são ainda negligenciados.

Neste aspecto, salienta-se a desatenção de profissionais no cumprimento da prestação de cuidados que garantam uma boa qualidade e integralidade do serviço, ao ofertar suporte emocional, físico, social e de assistência religiosa aos pacientes terminais e a seus familiares^{18,19,22}. Além disso, poucos são os profissionais capacitados para atender especificamente as necessidades espirituais dos pacientes, não abordando o assunto na fase final de vida, indicando a necessidade de se fortalecer a assistência paliativa por meio do diálogo^{20,21,23,24}.

No contexto da implementação do cuidado, a pouca experiência prática nesta temática²⁵⁻²⁸ emerge-se também como um desafio, visto que este aspecto pode se relacionar diretamente com o encaminhamento tardio de pacientes com doenças crônicas aos serviços de CP²⁹, especialmente por conta da ineficaz comunicação entre profissionais-pacientes/profissionais³⁰⁻³². Ademais, a equipe de enfermagem não demonstra boas práticas baseadas nos princípios éticos, impossibilitando a humanização dos serviços de saúde, principalmente por não manterem a privacidade e o sigilo profissional, inerentes à prestação do cuidado integral³³.

Outro fator que está intrinsecamente vinculado aos desafios da assistência, é a falta de compreensão das equipes assistenciais acerca dos conceitos da ortotanásia, fazendo com que a categoria, a utilize como sinônimo dos cuidados paliativos, quando na verdade, ela é apenas uma das condutas essenciais para o mesmo³⁴. Pela falta de tal compreensão, os profissionais têm prestado uma assistência fútil e obstinada, aumentando a permanência dos pacientes em CP em ambiente hospitalar³⁵, contrariando totalmente o princípio deste cuidado².

Com o aumento da permanência de pacientes terminais em ambiente hospitalar, especula-se que se aumente a quantidade de óbitos provenientes destes cuidados elaborados de forma fútil, distorcendo-se o significado acerca da morte, levando à compreensão cultural pela perspectiva curativista, de que a mesma seja vista como fracasso³⁶. Também por isso, se evidencia a falta de preparo das equipes para lidarem com este processo, sobretudo, para proporcionarem uma boa morte aos pacientes terminais com foco nos aspectos psicológicos³⁷⁻³⁹.

A imperícia profissional encontrada no desenvolvimento de um dimensionamento de pessoal, agregada a esta série de desafios, evidencia a importância deste recurso da gestão em saúde, considerada crucial para a obtenção de resultados positivos aos CP⁴⁰.

Para solucionar as “falhas” encontradas na assistência de enfermagem, no contexto dos cuidados aos pacientes terminais, algumas amostras do estudo evidenciam que os CP em sua essência terapêutica, necessitam de atenção no que tange a implantação e implementação de protocolos e guias devidamente elaborados, necessários para a assistência⁴¹ e, corroborando com esta necessidade Gulini et al.³, pontuam como grande desafio, a padronização das condutas de enfermagem frente ao atendimento nos CP e, neste sentido, cabe ressaltar a necessidade imperiosa de se incluir este modelo de assistencial nas políticas públicas de saúde⁴².

Apesar do estudo ter atingido o objetivo de levantar os desafios para assistência de enfermagem em cuidados paliativos, pode-se considerar uma limitação do estudo o recorte temporal que se restringiu apenas a estudos de 2015 a 2018, o que dificulta a generalização dos resultados.

Esse estudo pode trazer contribuições para a prática baseada em evidência, por fazer um levantamento dos desafios para assistência de enfermagem paliativa, revelando a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas em nível nacional, para comprovar a efetividade da implementação dos cuidados paliativos para aprimorar a prática em enfermagem baseada em evidências, já que os desafios apresentados neste estudo revelo pontos específicos de falhas a serem corrigidas, que consistem em reformas nos

planos de ensino de disciplinas específicas e capacitações voltadas para profissionais que atuam em serviço de assistência paliativa.

As questões que envolvem a assistência também necessitam de educação continuada específica para os profissionais. A criação de diretrizes e políticas públicas é fundamental para inserção da prática nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No mundo globalizado a velocidade em que a enfermagem avança para acompanhar as inovações técnicas e científicas buscando uma assistência de qualidade. Abordando a temática de cuidados paliativos podemos encontrar obstáculos para proporcionar uma assistência de qualidade aos pacientes em fase terminal. Os artigos examinados no presente estudo sobre cuidados paliativos revelaram os desafios que a enfermagem enfrenta para implementação da assistência de qualidade, envolvendo a formação e a capacitação continuada em enfermagem, a assistência propriamente dita e a execução de diretrizes para os cuidados paliativos.

Contribuição dos autores:

Os dois autores contribuíram com: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. León AR, González RG, Enrique LE. Los cuidados paliativos: una revisión documental. *QhaliKay Rev Cienc Salud*. 2017;1(2):75-81.
2. Ferreira MA, Pereira AM, Martins JC, Barbieri-Figueiredo MC. Palliative care and nursing in dissertations and theses in Portugal: a bibliometric study. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):317-23.
3. Gulini JE, Nascimento ER, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MA. A equipe da Unidade de Terapia Intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03221.
4. Silveira NR, Nascimento ER, Rosa LM, Jung W, Martins SR, Fontes MS. Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1074-81.
5. Costa AP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):1041-52.
6. Hernández-Sánchez ML, Aguilar-García CR. Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(2):87-90.
7. Silva RS, Pereira A, Nóbrega MM, Mussi FC. Construction and validation of nursing diagnoses for people in palliative care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2914.
8. Guevara-Valtier MC, Santos-Flores JM, Santos-Flores I, Valdez-Ramírez FJ, Garza-Dimas IY, Paz-Morales MA, et al. Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud. *Rev Conamed*. 2017;22(4):170-3.
9. Silva Junior FF, Merino EA. Proposta de gestão do absenteísmo da enfermagem hospitalar: uma revisão sistemática. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(5):546-53.
10. Andrade SR, Ruoff AB, Piccoli T, Schmitt MD, Ferreira A, Xavier AC. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e5360016.
11. Pérez Vega ME, Cibanal LJ. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Rev Cuid*. 2016;7(1):1210-8.
12. Santos BC, Souza IM, Scaldelai RS, Lozano TS, Sailer GC, Preto VA. A percepção dos enfermeiros de um hospital geral sobre os cuidados paliativos. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2017;11(6):2288-5.
13. Lopera-Betancur MA. Significado atribuido por las enfermeras a la educación para cuidar del paciente moribundo. *Enferm Univ*. 2015;12(2):73-9.
14. Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Vasques TC, Amestoy SC. Educational process in palliative care and the thought reform. *Investig Educ Enferm*. 2017;35(1):17-25.
15. Silva RS, Oliveira CC, Pereira A, Amaral JB. O cuidado à pessoa em processo de terminalidade na percepção de graduandos de enfermagem. *Rev Rene*. 2015;16(3):415-24.

16. Vieira TA, Oliveira M, Martins ER, Costa CM, Alves RN, Marta CB. Cuidado paliativo ao cliente oncológico: percepções do acadêmico de enfermagem. *J Res Fundam Care Online*. 2017;9(1):175-80.
17. Faller JW, Zilly A, Moura CB, Brusnicki PH. Escala multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos. *Cogitare Enferm*. 2016;21(2):1-10.
18. Guerrero-Nava JA, Romero-Quechol G, Martínez-Olivares M, Martínez-Martínez RA, Rosas-Reyes SC. Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(2):91-8.
19. Tomaszewski AS, Oliveira SG, Arrieira IC, Cardoso DH, Sartor SF. Manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer: perspectiva da pessoa com câncer. *J Res Fundam Care Online [Internet]*. 2017;9(3):705-16.
20. Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Abrão FM, Batista PS, Oliveira RC. Spirituality in patient care under palliative care: a study with nurses. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):176-82.
21. Arrieira IC, Thofehrn MB, Milbrath VM, Schwonke CR, Cardoso DH, Fripp JC. The meaning of spirituality in the transience of life. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):e20170012.
22. Silva BS, Costa EE, Gabriel IG, Silva AE, Machado RM. Percepção de equipe de enfermagem sobre espiritualidade nos cuidados de final de vida. *Cogitare Enferm*. 2016;21(4):1-8.
23. Arrieira IC, Thofehrn MB, Schaefer OM, Fonseca AD, Kantorski LP, Cardoso DH. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(3):e58737.
24. Matos TD, Meneguín S, Ferreira ML, Miot HA. Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2910.
25. Britto SM, Ramos RS, Santos EI, Veloso OS, Silva AM, Mariz RG. Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. *Rev Cuid*. 2014;6(2):1062-9.
26. Guimarães TM, Silva LF, Santo FH, Moraes JR, Pacheco ST. Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e65409.
27. Silva MM, Santanda NG, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DL, Moreira MC. Palliative care in highly complex oncology care: perceptions of nurses. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):460-6.
28. Queiroz TA, Ribeiro AC, Guedes MV, Coutinho DT, Galiza FT, Freitas MC. Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e1420016.
29. Oliveira MC, Gelbcke FL, Rosa LM, Vargas MA, Reis JB. Cuidados paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. *Enferm Foco*. 2016;7(1):28-32.
30. Lima MP, Oliveira MC. Significados do cuidado de enfermagem para familiares de pacientes em tratamento paliativo. *Rev Rene*. 2015;16(4):593-602.
31. Rosa CG, Oliveira SG, Velleda KL, Ribeiro BF. Meaning and perceptions in palliative care: over view of patients on homecare. *Rev Enferm UFPI*. 2017;6(1):26-32.
32. Silva IN, Salim NR, Szylit R, Sampaio PS, Ichikawa CR, Santos MR. Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20160369.
33. Andrade CG, Andrade MI, Brito FM, Costa IC, Costa SF, Santos KF. Cuidados paliativos e bioética: estudo com enfermeiros assistenciais. *J Res Fundam Care Online*. 2016;8(4):4922-8.
34. Silva RS, Evangelista CL, Santos RD, Paixão GP, Marinho CL, Lira GG. Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. *Rev Bioética*. 2016;24(3):579-89.
35. Matos MR, Muniz RM, Viegas AC, Przylynski DS, Holz AW. Significado da atenção domiciliar e o momento vivido pelo paciente oncológico em cuidados paliativos. *Rev Eletr Enf*. 2016;18:e1179.
36. Reksua VM, Paganini MC. Diretrizes para cuidados paliativos prestados a pacientes submetidos a transplante de células tronco hematopoéticas. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):526-32.
37. Silva RS, Pereira A, Mussi FC. Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):40-6.
38. Santana JC, Dutra BS, Carlos JM, Barros JK. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. *Rev Bioét*. 2017;25(1):158-67.
39. Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2847.
40. Fuly PS, Pires LM, Souza CO, Oliveira BG, Padilha KG. Nursing workload for cancer patients under palliative care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):792-9.
41. Santos EC, Oliveira IC, Feijão AR. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(4):363-73.
42. Hey A, Hermann AP, Mercês NN, Lacerda MR. Participação da enfermeira nos cuidados paliativos domiciliares. *Rev Min Enferm*. 2017;21:e1000.

RESPONSABILIDADE TÉCNICA EM ENFERMAGEM

Ana Gabriela Sabaa Srur de Andrade¹

Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça¹

Pilar Maria de Oliveira Moraes¹

Suellen Patricia Sales da Costa Loureiro¹

Danielle Cruz Rocha²

Glauber Marcelo Dantas Seixas¹

Osvaldo Luis Carvalho²

<https://orcid.org/0000-0002-5872-6950>

<https://orcid.org/0000-0002-0958-276X>

<https://orcid.org/0000-0003-2817-4574>

<https://orcid.org/0000-0003-4600-0973>

<https://orcid.org/0000-0002-9287-472X>

<https://orcid.org/0000-0001-9553-4627>

<https://orcid.org/0000-0002-9441-7143>

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo analisar o que vem sendo publicado sobre Responsabilidade Técnica em Enfermagem.

Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Public Medline* (PubMed), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), no período de janeiro a março de 2020 utilizando os descritores "Responsabilidade Técnica" e "Enfermagem" e seus correspondentes em inglês, na qual foram selecionados 11 artigos, todos em português, sem recorte temporal.

Resultados: o registro da Anotação de Responsabilidade Técnica em Enfermagem, assim como em outras profissões, constitui um importante atributo para qualidade no exercício profissional, necessita ter seus conceitos e atribuições difundidos e ser mais estudada no contexto científico.

Conclusão: para a realização desta pesquisa sobre a Responsabilidade Técnica em Enfermagem foi encontrado um número restrito de publicações, com baixos níveis de evidência científica, em sua maioria, faziam referência à responsabilidade sem vínculo ao Conselho de Enfermagem, o que demonstra a necessidade da ampliação de estudos sobre o tema para que os conceitos e implicações do exercício da Responsabilidade Técnica em Enfermagem, nos serviços de saúde, sejam melhor esclarecidos.

Descritores: Responsabilidade técnica; Enfermagem; Gestão; Ética

TECHNICAL RESPONSIBILITY IN NURSING

Objective: The present study had analyze what has been published about Technical Responsibility in Nursing.

Methods: This is an integrative review carried out in the databases: Periodical Portal of the Coordination for the Improvement of Higher Level Personnel (CAPES), Public Medline (PubMed), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO), from January to March 2020 using the descriptors "Technical Responsibility" and "Nursing" and their correspondents in English, in which 11 articles were selected, all in Portuguese, without temporal cut-off.

Results: the register of the Technical Responsibility in Nursing, as well as in other professions, constitutes an important attribute for quality in the professional exercise, needs to have its concepts and attributions diffused and to be more studied in the scientific context.

Conclusion: in order to carry out this research on Technical Responsibility in Nursing, a limited number of publications were found, with low levels of scientific evidence, mostly referring to responsibility without a link to the Nursing Council, which demonstrates the need to expand studies. On the subject so that the concepts and implications of the exercise of Technical Responsibility in Nursing in health services are better clarified.

Keywords: Technical responsibility; Nursing; Management; Ethics

RESPONSABILIDAD TÉCNICA EM ENFERMERÍA

Objetivo: El presente estudio tuvo como objetivo analizar lo publicado sobre Responsabilidad Técnica en Enfermería.

Método: Se trata de una revisión integradora realizada en las bases de datos: Portal de Periódicos de la Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Nivel Superior (CAPES), Public Medline (PubMed), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Scientific Electronic Library Online (SciELO), de enero a marzo de 2020 utilizando los descriptores "Technical Responsibility" y "Nursing" y sus correspondientes en inglés, en los que se seleccionaron 11 artículos, todos en portugués, sin reducción de tiempo.

Resultados: el registro de la Responsabilidad Técnica en Enfermería, así como en otras profesiones, constituye un atributo importante para la calidad en la práctica profesional, necesita que sus conceptos y atribuciones sean difundidos y profundizados en el contexto científico.

Conclusión: para realizar esta investigación sobre Responsabilidad Técnica en Enfermería se encontró un número limitado de publicaciones, con bajos niveles de evidencia científica, mayoritariamente referidas a responsabilidad sin vinculación al Consejo de Enfermería, lo que demuestra la necesidad de ampliar los estudios sobre el tema para que se aclaren mejor los conceptos e implicaciones del ejercicio de la Responsabilidad Técnica en Enfermería en los servicios de salud.

Descriptores: Responsabilidad técnica; Enfermería; Administración; Principio moral

¹Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, PA, Brasil.

²Conselho Regional de Enfermagem do Pará, Belém, PA, Brasil.

Autor correspondente: Ana Gabriela Sabaa Andrade | Email: barcelostuc@gmail.com

Recebido: 09/03/2020 - Aceito: 27/11/2020

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão de saúde tendo *expertise* e autorregulação, que a credenciam como tal e realizam o movimento necessário ao domínio dos espaços de trabalho em uma perspectiva do cuidado integral, equânime, interdisciplinar e multiprofissional¹.

No processo de regulação da profissão da Enfermagem destaca-se a promulgação da Lei Federal No. 5.905 de 12 de julho de 1973, a qual criou as autarquias federais: o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), responsáveis pela fiscalização e regulamentação do exercício profissional e estabelecimento dos princípios éticos e legais que norteiam a profissão no país².

A regulamentação do exercício profissional da Enfermagem tão logo foi estabelecida pela Lei Federal No. 7.498 de 25 de junho de 1986 e Decreto No. 94.406 de 08 de junho de 1987, tais pressupostos legais definiram as atribuições das categorias da profissão (enfermeiros, técnicos, auxiliares e parteiras), dando ao profissional enfermeiro a responsabilidade pela administração dos serviços de enfermagem e de suas unidades, com funções de planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos mesmos^{3,4}.

O cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro⁵. Ele traz consigo a arte do cuidar, gerindo equipes, resolvendo conflitos, tomando decisões que norteiam a sua prática profissional. A figura do enfermeiro deve servir de inspiração para sua equipe, na busca por melhorias e satisfação profissional⁶.

Dentro do contexto da gestão, no exercício profissional do enfermeiro, está prevista a Anotação de Responsabilidade Técnica de Enfermagem, regulamentada pela Resolução COFEN No. 509/2016 a qual define o procedimento de requisição de inscrição junto ao COREN, as áreas de atuação do Enfermeiro Responsável Técnico e suas atribuições na gestão dos serviços de Enfermagem⁷.

A Anotação de Responsabilidade Técnica em outras profissões é uma exigência legal para garantia da segurança e qualidade de serviços profissionais oferecidos conforme estabelecido na Lei Federal No. 6.496 de 07 de dezembro de 1977 que instituiu a obrigatoriedade da Anotação de Responsabilidade Técnica na prestação de serviços de engenharia, arquitetura e agronomia⁸.

A Responsabilidade Técnica existe em quase todas as profissões e constitui-se num processo essencialmente ético-profissional⁹. No contexto da Enfermagem, a concessão da Responsabilidade Técnica decorre do poder de polícia vinculado ao COREN e objetiva que o Enfermeiro

Responsável Técnico atue como liame entre o serviço de Enfermagem da empresa/instituição e seu órgão de classe, facilitando a atividade fiscalizatória e promovendo qualidade e desenvolvimento da assistência para prática segura à sociedade e profissionais nos aspectos técnicos e éticos⁷.

O Enfermeiro Responsável Técnico é fundamental para os serviços de saúde, pois detém sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem na gestão assistencial, gestão de área técnica e gestão do ensino em Enfermagem⁷.

No escopo da gestão, faz-se necessário que os gestores do cuidado executem suas ações fundamentadas nos valores da profissão e do código de ética, a partir dos quais deverão obter base sólida para garantir a promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos legais¹⁰.

Nesse sentido, a relevância do estudo se dá para produzir reflexões sobre a Responsabilidade Técnica em Enfermagem e ampliação de formulações teóricas sobre o tema e aspectos éticos e legais da profissão.

Adotou-se como foco de pesquisa a seguinte questão norteadora: O que a literatura científica atual em saúde aborda sobre a responsabilidade técnica em Enfermagem?

Buscando responder à questão de pesquisa, elencou-se como objetivo geral analisar o que tem sido publicado sobre Responsabilidade Técnica em Enfermagem.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica para análise das publicações em saúde sobre a Responsabilidade Técnica em Enfermagem. A revisão integrativa é uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico¹¹.

A Revisão Integrativa de Pesquisa é um método que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento desse tema ou questão¹².

Neste trabalho, para operacionalizar o estudo foi seguido os seguintes passos: seleção das hipóteses ou das questões a serem respondidas, constituição da amostra das pesquisas a serem revisadas, descrição das características dos estudos seus principais achados, análise desses resultados, interpretação dos resultados da análise e relatório final da revisão realizada¹³.

Para a obtenção das publicações, foi realizada uma busca nas bases de dados científicas, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Public Medline* (PubMed), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), no período de janeiro a março de 2020.

Foram adotados, como critérios de inclusão para seleção de estudos, os artigos de todas as categorias (original, estudo de casos, revisões, etc.), nos idiomas português, inglês e espanhol, sem recorte temporal, que contivessem em seu assunto os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) "Responsabilidade Técnica" e "Enfermagem" e seus correspondentes em inglês. Para a análise crítica dos trabalhos científicos foi adotado 05 (cinco) níveis de evidência. Nível I - Trabalho randomizado com técnica adequada, com seguimento de pelo menos 80% dos casos e estudo estatístico compatível; ou metanálise com técnica adequada e resultados consistentes de trabalhos nível I. Nível II - Trabalho randomizado com randomização parcial ou feita com técnica imperfeita ou com seguimento de menos de 80% dos casos ou estudo estatístico imperfeito. Estudo prospectivo comparativo. Metanálise de trabalhos nível II ou metanálise de trabalhos nível I com resultados inconsistentes. Nível III - Estudo de casos retrospectivo comparativo ou metanálise de trabalhos nível III. Nível IV - Descrição de série de casos, com análise de resultados, sem estudo

comparativo. Nível V - Descrição de casos, descrição de técnica ou opinião de especialista¹⁴.

Os critérios de exclusão adotados foram aqueles estudos que não atenderam aos critérios de inclusão citados ou que apresentavam textos incompletos. Em uma primeira busca nas bases de dados, foram encontradas 21 produções sendo 14 da CAPES, 06 da Lilacs e 01 da PubMed, não sendo encontrados artigo na base *SciELO*.

RESULTADOS

Foi utilizado para leitura e seleção dos artigos o gerenciador de referências bibliográficas *EndNote*, possibilitando a exclusão de artigos duplicados e seleção da amostra a ser analisada. Foi selecionada para o estudo uma amostra final de 10 artigos que foram caracterizados e submetidos à identificação dos conceitos relacionados ao objetivo desta revisão, conforme explicado na figura 1.

Após a análise, dos 10 (dez) artigos incluídos nesta revisão (Quadro 1), foi possível identificar que todos (100%) foram desenvolvidos em território nacional. Quanto aos tipos de estudos, prevaleceram os do tipo transversais, observacionais e descritivos, com níveis de evidências IV e V. Somente 01 (um) (10%) apresentou nível de evidência II, por ser um estudo prospectivo comparativo. Os trabalhos foram analisados, comparados e agrupados em três categorias temáticas: a responsabilidade técnica na saúde, responsabilidades na atuação do enfermeiro e responsabilidade técnica em Enfermagem.

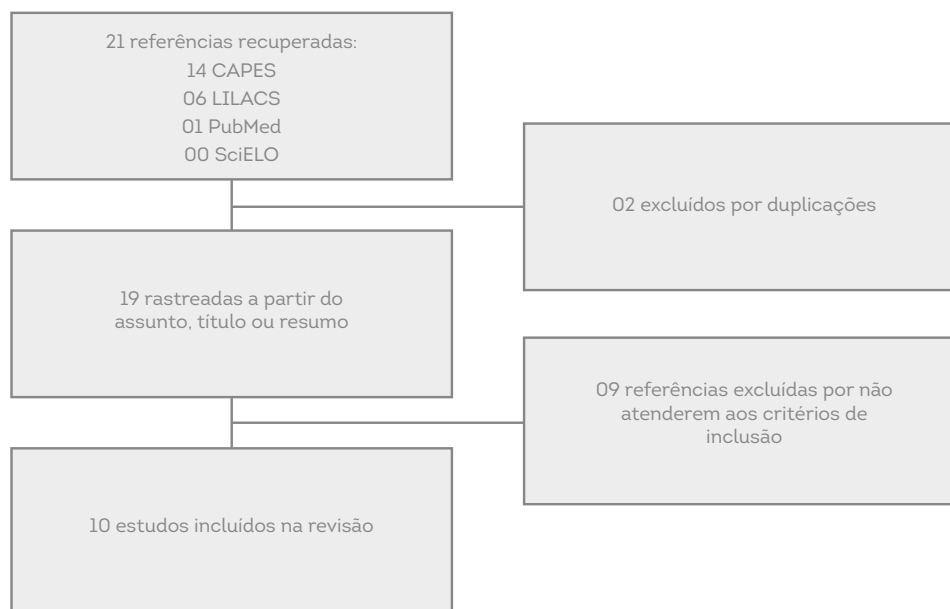


Figura 1. Fluxograma de Coleta de Dados

Quadro 1. Sumarização dos artigos incluídos na revisão integrativa de literatura

| Autores/ Ano de Publicação/Local | Título do Artigo/Revista | Tipo de Estudo/ Nível de Evidência |
|--|---|--|
| Barbosa MM, Garcia MM, Nascimento RC, Reis EA, Guerra Junior AA, Acurcio FA, et al. 2017/ Brasil ¹⁵ | Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. Revista: Ciência & Amp; Saúde Coletiva. | Quantitativo/ Qualitativo Nível IV |
| Angonesi D, Sevalho G. 2010/Brasil ¹⁶ | Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. Revista: Ciência Saúde Coletiva | Qualitativo analítico Nível IV |
| Silva CB, Provin MP, Ferreira TX. 2015/Brasil ¹⁷ | Farmácia Hospitalar e o modelo de gestão dos hospitais públicos: uma análise comparativa entre a administração direta e organização social de saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde | Qualitativo analítico-descriptivo comparativo Nível II |
| Feuerwerker LC, Merhy EE. 2008/Brasil ¹⁸ | A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Revista Panam. Salud. Publica. | Qualitativo Nível IV |
| Jorge MS, Pinto DM, Quinderé PH, Pinto AG, Sousa FS, Cavalcante CM. 2011/Brasil ¹⁹ | Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Revista: Ciência saúde coletiva | Qualitativo Nível IV |
| Machado MH, Koster I, Aguiar Filho W, Wermelinger MC, Freire NP, Pereira EJ. 2020/Brasil ²⁰ | Mercado de trabalho e processos regulatórios - a Enfermagem no Brasil. Revista Ciência Saúde Coletiva | Qualitativo analítico Nível V |
| Lima MS. 2010/Brasil ²¹ | O enfermeiro e a prática educativa: um relato de experiência com mulheres ribeirinhas, Belém-Pará, 2010. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online | Qualitativo - Relato de Experiência Nível V |
| Zanella CG, Aguiar PM, Storpirtis S. 2015/Brasil ²² | Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil Revista Ciência Saúde Coletiva | Qualitativo - transversal analítico-descriptivo Nível IV |
| Martins J. 2018/Brasil ²³ | Educação Permanente em sala de vacina sob a ótica dos profissionais de Enfermagem. Dissertação de Mestrado. Divinópolis: Universidade São João Del Rei. | Qualitativo Nível IV |
| Suzana RA, Rodrigues IL, Nogueira LM, Santos MN, Moraes TM. 2019/Brasil ²⁴ | Responsabilidade Técnica em Enfermagem: conhecendo sua importância para o exercício profissional. Revista: Enfermagem em Foco Online | Quantitativo-descriptivo-observacional Nível IV |

DISCUSSÃO**Responsabilidade Técnica nas Profissões de Saúde**

Nas evidências científicas encontradas, a temática da responsabilidade técnica mostrou-se como de fundamental importância em outras profissões da saúde em serviços especializados como: farmacêutico, médico, fisioterapeuta e enfermagem.

Os estudos, indicaram que o profissional de farmácia atua como Responsável Técnico em serviços de farmácia hospitalar, centro de atenção psicossocial e assistência farmacêutica em rede básica de saúde, deixando claro suas atribuições e seu registro profissional em conselho de classe^{15-17,22}.

Quando comparado o serviço de farmácia hospitalar em diferentes modelos de gestão, foi verificada a participação do farmacêutico na declaração de formalização de Responsabilidade Técnica por meio de inscrição em conselho de classe o que não ocorreu em hospitais de administração direta, atribuindo-se esse resultado a maior nível de formalização e cumprimento de recomendações no primeiro modelo de gestão avaliado¹⁷. Na atuação do farmacêutico, em cumprimento à Portaria/SVS/MS nº 344/98, ele é o profissional Responsável Técnico pela dispensação de medicamentos controlados, não podendo esta função ser delegada a outros profissionais de saúde²².

Podemos ressaltar que assim como em outras profissões da saúde, como garantia da qualidade dos serviços oferecidos, o enfermeiro que é responsável por um determinado serviço de Enfermagem, seja ele na área técnica, assistencial ou do ensino, deve requerer a Anotação de Responsabilidade Técnica junto ao Conselho Regional de Enfermagem para a regularização da referida atividade⁷.

No que diz respeito à Enfermagem, a única categoria passível de receber tal registro é a de Enfermeiro, pois dentro da equipe, este é o responsável pela administração dos serviços de Enfermagem e de suas unidades, com funções de planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos mesmos³.

Assim como em outras profissões, no contexto da saúde, a Responsabilidade Técnica constitui um processo essencialmente ético-profissional, mostrando-se essencial para a manutenção da qualidade do exercício profissional e deve ser melhor inserida no conteúdo curricular de graduandos em Enfermagem⁹⁻²⁴.

Responsabilidades Técnicas na Atuação do Enfermeiro

O termo "Responsabilidade Técnica" foi utilizado como atribuição imputada a profissionais de saúde em suas práticas dentro dos espaços de trabalho^{18,19,21,24}. Foi identificado

que profissionais atuantes na atenção domiciliar se comprometem muito além do que a “Responsabilidade Técnica” formal prescreve¹⁷. Outra referência menciona que profissionais e equipes de saúde têm “responsabilidade técnica” na condução de casos individuais, familiares ou comunitários¹⁹.

Sobre a atuação específica de enfermeiros os artigos abordam que o enfermeiro tem como “responsabilidade técnica” o desenvolvimento de ações educativas com os usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e a “Responsabilidade Técnica” por salas de vacinas e que pela sobrecarga de trabalho acabam por transferir a “Responsabilidade Técnica” ao técnico de Enfermagem^{22,24}.

Deve-se reconhecer, à luz da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, que o enfermeiro tem como responsabilidades, cabendo-lhe privativamente, a administração dos serviços de Enfermagem e de suas unidades, com funções de planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos mesmos³.

Porém, o emprego do termo “Responsabilidade Técnica” nesses artigos fez referência às atribuições e responsabilidades profissionais desenvolvidas cotidianamente e não como uma figura legalmente estabelecida. Em relação à Enfermagem, os instrumentos normativos da profissão, definem para o exercício da responsabilidade técnica, o procedimento de requisição de inscrição da Anotação de Responsabilidade Técnica junto ao Conselho Regional de Enfermagem⁷.

Responsabilidade Técnica em Enfermagem

A Responsabilidade Técnica em Enfermagem foi apresentada nos estudos de forma mais específica e relacionada aos componentes éticos e legais da profissão^{20,24}. No processo de regulação profissional da Enfermagem, dentre as principais resoluções emitidas pelo COFEN, está a da normatização da Responsabilidade Técnica em Enfermagem como capilarização da fiscalização do exercício profissional²⁰.

Em concordância com esse pensamento, a Resolução mencionada refere que o Enfermeiro Responsável Técnico atua como liame entre o serviço de Enfermagem da empresa/instituição e o Coren, facilitando a atividade fiscalizatória e promovendo qualidade e desenvolvimento da assistência para prática segura à sociedade e profissionais nos aspectos técnicos e éticos⁷.

Os estudos em torno da Responsabilidade Técnica abordam seu importante papel na gestão de Enfermagem, para a manutenção e garantia da qualidade dos serviços de Enfermagem a fim de resguardar os interesses em comum

de pessoa, família e coletividade, na atuação do profissional enfermeiro²⁴. No escopo da gestão, faz-se necessário que os gestores do cuidado executem suas ações fundamentadas nos valores da profissão, respeitando os preceitos éticos legais¹⁰.

As evidências encontradas, no estudo do conhecimento de acadêmicos de Enfermagem sobre a Responsabilidade Técnica em Enfermagem, apontam que o registro traz benefícios para o serviço e clientela contribuindo para uma atuação profissional com qualidade, também foi evidenciada uma maior necessidade de aprofundamento sobre temas associados à natureza ética da profissão, tendo o COREN como facilitador do processo²⁴.

Nesse contexto, há concordância de que o papel do Responsável Técnico em Enfermagem é fundamental para a qualidade dos serviços, detendo sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem na gestão assistencial, gestão de área técnica e gestão do ensino em Enfermagem⁷.

Para realização desta pesquisa sobre a Responsabilidade Técnica em Enfermagem foi encontrado um número restrito de publicações, em sua maioria, faziam referência à responsabilidade sem vínculo ao Conselho de Enfermagem, o que demonstra necessidade de estudar sobre o tema.

A reflexão em torno da temática possibilita um outro olhar dos profissionais, gestores e membros dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem sobre a figura do Enfermeiro Responsável Técnico. Uma vez compreendida sua relevância para a qualidade dos serviços de saúde, é possível implementar estratégias de fomento a este papel, vistas ao exercício da profissão dentro dos padrões éticos e legais.

CONCLUSÃO

Ao considerar a relevância da Responsabilidade Técnica da Enfermagem e de outras profissões da saúde como forma de manutenção da qualidade de serviços às pessoas e comunidades, verificou-se um número restrito de estudos sobre a temática, com baixos níveis de evidência científica. As publicações concentram-se em sua maioria na área de assistência farmacêutica demonstrando um caminho já com reflexões sobre este tipo de registro. Apesar disso, utilizam a expressão “Responsabilidade Técnica” para nomear atribuições/responsabilidades profissionais autônomas inerentes às profissões de saúde, revelando ausência de clareza no conceito de Responsabilidade Técnica. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade da ampliação de estudos sobre o tema para que os conceitos e implicações

do exercício da Responsabilidade Técnica em Enfermagem, nos serviços de saúde, sejam melhor esclarecidos.

Contribuição dos autores:

Concepção e/ou desenho do estudo: Ana Gabriela Sabaa Srur de Andrade, Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça, Pilar Maria de Oliveira Moraes. Coleta, análise e interpretação dos dados: Ana Gabriela Sabaa Srur de Andrade, Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça, Pilar Maria de Oliveira

Moraes. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Ana Gabriela Sabaa Srur de Andrade Danielle Cruz Rocha, Glauber Marcelo Dantas Seixas, Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça, Pilar Maria de Oliveira Moraes, Suellen Patricia Sales da Costa Loureiro. Aprovação da versão final a ser publicada: Danielle Cruz Rocha, Glauber Marcelo Dantas Seixas, Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça, Pilar Maria de Oliveira Moraes, Suellen Patricia Sales da Costa Loureiro, Osvaldo Luis Carvalho.

REFERÊNCIAS

- Bellaguarda ML, Padilha MI, Pereira Neto AF, Pires D, Peres MA. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):369-74.
- Lei No. 5.905, de 12 de Julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais e dá outras providências. *Diário Oficial da União [Internet]*. 1973 Jul 13 [citado 2020 Jan 6];Seç. 1:6825 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5905.htm
- Lei No. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União [Internet]*. 1986 Jun 26 [citado 2020 Jan 6];Seç. 1:9273-5. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
- Decreto No. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei No. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União [Internet]*. 1987 Jun 9 [citado 2020 Jan 12];Seç. 1:8853. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm
- Peres AM, Ciampone MH. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):492-9.
- Mattos JC, Balsanelli AP. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2019;10(4):164-71.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução No. 509, de 15 de março de 2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo serviço de Enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico. *Diário Oficial da União [Internet]*. 2016 Mar 16 [citado 2020 Jan 14];Seç. 1:66-7. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/Resolucao-509-16.pdf>
- Lei No. 6.496, de 7 de dezembro de 1977. Institui a Anotação de Responsabilidade Técnica na prestação de serviços de engenharia, de arquitetura e agronomia; autoriza a criação pelo Conselho Federal de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CONFEA, de uma Mútua de Assistência Profissional e dá outras providências. *Diário Oficial da União [Internet]*. 1977 Dez 9 [citado 2020 Fev 2];Seç. 1:16871. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6494.html
- Amagidi FP. Anotação de responsabilidade técnica do profissional enfermeiro. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem; 2013.
- Lisboa MT. Ética na pesquisa de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2006;10(1):9-14.
- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102-6.
- Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à Enfermagem. *Cogitare Enferm*. 1998;3(2):109-12.
- Ganong L. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
- Camanho GL. Editorial: nível de evidência. *Rev Bras Ortop*. 2009;44(6):1-2.
- Barbosa MM, Garcia MM, Nascimento RC, Reis EA, Guerra Junior AA, Acurcio FA, et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(8):2475-86.
- Angonesi D, Sevalho G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 (Suppl 3):3603-14.
- Silva CB, Provin MP, Ferreira TX. Farmácia Hospitalar e o modelo de gestão dos hospitais públicos: uma análise comparativa entre a administração direta e organização social de saúde. *Rev Gest Sist Saúde*. 2015;7(1):56-72.
- Feuerwerker LC, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud. Publica*. 2008;24(3):180-8.
- Jorge MS, Pinto DM, Quinderé PH, Pinto AG, Sousa FS, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3051-60.
- Machado MH, Koster I, Aguiar Filho W, Wermelinger MC, Freire NP, Pereira EJ. Mercado de trabalho e processos regulatórios - a Enfermagem no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(1):101-12.
- Lima MS. O enfermeiro e a prática educativa: um relato de experiência com mulheres ribeirinhas, Belém-Pará. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2010;2(Supl):714-6.
- Zanella CG, Aguiar PM, Storpirtis S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(2):325-32.
- Martins J. Educação Permanente em sala de vacina sob a ótica dos profissionais de Enfermagem [dissertação]. Divinópolis: Universidade Federal de São João Del Rei; 2018.
- André SR, Rodrigues IL, Nogueira LM, Santos MN, Moraes TM. Responsabilidade Técnica em Enfermagem: conhecendo sua importância para o exercício profissional. *Enferm Foco*. 2019;10(1):46-51.

AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E MÉDICAS PARA CURATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Brunna Rodrigues de Lima¹

George Oliveira Silva¹

Hélio Galdino-Júnior¹

<https://orcid.org/0000-0003-4427-5447>

<https://orcid.org/0000-0001-9863-3161>

<https://orcid.org/0000-0002-5570-8183>

Objetivo: Analisar as prescrições de curativo realizadas por enfermeiros e médicos quanto a clareza e a adequabilidade do produto prescrito as características da ferida, bem como analisar as implicações éticas desse contexto.

Métodos: Estudo descritivo quantitativo, realizado em um hospital universitário do Centro-Oeste brasileiro. Compuseram a amostra 180 prescrições de curativos obtidas em prontuários de pacientes com feridas, e as características das feridas foram coletadas por meio de instrumento tipo *checklist*.

Resultados: 92,2% dos registros apresentavam prescrições para a realização dos curativos. Em 7,8% dos registros não havia prescrição de curativos. 93,9% das prescrições estavam incompletas, sendo que em 31,4% foi encontrado divergência entre prescrições de enfermagem e médica no mesmo registro diário. Em 32,3% não havia especificação do produto a ser utilizado no curativo. Em 38,3% a prescrição do produto foi inadequada às características das feridas.

Conclusão: Foram evidenciadas fragilidades nas prescrições de curativo que implicam infrações éticas. Os achados reforçam a necessidade de capacitação da equipe e maiores investimentos na formação do profissional em tratamento de feridas.

Descritores: Curativos oclusivos; Ferimentos e lesões; Técnicas de fechamento de ferimentos; Prescrições; Registros médicos

EVALUATION OF NURSING AND MEDICAL PRESCRIPTIONS FOR DRESSINGS IN A UNIVERSITY HOSPITAL: ETHICAL IMPLICATIONS

Objective: To analyze the dressing prescriptions made by nurses and doctors regarding the clarity and suitability of the prescribed product to the characteristics of the wound, as well as to analyze the ethical implications of this context.

Methods: Quantitative descriptive study, carried out in a university hospital in the Brazilian Midwest. The sample comprised 180 dressing prescriptions obtained from medical records of patients with wounds, and the characteristics of the wounds were collected using a checklist-type instrument.

Results: 92.2% of the records had prescriptions for dressing. In 7.8% of the records there was no prescription for dressings. 93.9% of prescriptions were incomplete, and in 31.4% there was a divergence between nursing and medical prescriptions in the same daily record. In 32.3% there was no specification of the product to be used in the dressing. In 38.3% the prescription of the product was inadequate to the characteristics of the wounds.

Conclusion: Weaknesses in dressing prescriptions that imply ethical infractions were evidenced. The findings reinforce the need for staff training and greater investments in training professionals in wound care.

Keywords: Occlusive dressings; Wounds and injuries; Wound closure techniques; Prescriptions; Medical records

EVALUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIÓNES DE ENFERMERÍA Y MÉDICAS PARA LOS APÓSITOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: IMPLICACIONES ÉTICAS

Objetivo: Analizar las prescripciones de apósitos realizadas por enfermeras y médicos sobre la claridad e idoneidad del producto prescrito a las características de la herida, así como analizar las implicaciones éticas de este contexto.

Métodos: Estudio descriptivo cuantitativo, realizado en un hospital universitario del Medio Oeste brasileño. La muestra estuvo compuesta por 180 prescripciones de apósitos obtenidas de historias clínicas de pacientes con heridas, y las características de las heridas se recolectaron mediante un instrumento tipo *checklist*.

Resultados: el 92,2% de los registros tenía prescripción de apósito. En el 7,8% de los registros no había prescripción de apósitos. El 93,9% de las prescripciones estaban incompletas y en el 31,4% había divergencia entre las prescripciones médicas y de enfermería en un mismo registro diario. En el 32,3% no se especificó el producto a utilizar en el apósito. En el 38,3% la prescripción del producto fue inadecuada a las características de las heridas.

Conclusión: Se evidenciaron debilidades en la preparación de prescripciones que implican infracciones éticas. Los hallazgos refuerzan la necesidad de capacitación del personal y mayores inversiones en la capacitación de profesionales en el cuidado de heridas.

Descritores: Apósitos oclusivos; Heridas y lesiones; Técnicas de cierre de heridas; Prescripciones; Registros médicos

¹Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Autor correspondente: Hélio Galdino-Júnior | Email: helio_junior@ufg.br

Recebido: 20/03/2020 - Aceito: 20/11/2020

INTRODUÇÃO

A cicatrização de feridas é um evento complexo e envolve de modo dinâmico, diferentes células e seus produtos (citocinas, fatores de crescimento, enzimas etc.) para que o resultado final seja a recuperação da integridade da pele e a hemostasia¹. Historicamente práticas de tratamentos empíricos foram descritas utilizando vinho, mel e água quente. Hipócrates apontou a importância da drenagem purulenta e Galeno introduziu técnicas de hemostasia², porém a grande evolução no conhecimento a respeito do tratamento de feridas ocorreu a partir da década de 1950 com a descoberta de citocinas e fatores de crescimento envolvidos no processo de cicatrização¹.

O uso do curativo pode otimizar o processo cicatricial das feridas, procedimento que envolve limpeza e aplicação de produto ou cobertura para acelerar o processo fisiológico de cicatrização³. O curativo ideal deve promover a limpeza da ferida, absorver o excesso de exsudato, proteger contra infecções e fatores externos, manter uma temperatura adequada, troca de gases e umidade, bem como ser de fácil aplicação e remoção ser confortável e não exigir trocas frequentes, bem como prevenir e remover biofilmes bacterianos^{2,4}.

Com o avanço científico e o conhecimento das interações celulares e moleculares no microambiente da ferida¹, houve um aumento de produtos interativos com diferentes funções e agregados a substâncias ativas tais como fatores de crescimento, colágeno e outros biomateriais com capacidade de controlar o microambiente da ferida⁵. Avanços tecnológicos têm provido novas intervenções como curativos inteligentes entre outros⁶, de forma que a prescrição para o cuidado de pacientes podem abranger curativos, dispositivos de alívio de pressão (incluindo colchões especiais) e outras terapias adicionais, ampliando assim as opções terapêuticas dos profissionais de saúde que contam com cerca de mais de 3.000 tipos de curativos disponíveis no mercado².

Protocolos e algoritmos têm sido propostos para direcionar o profissional na escolha do tratamento. O mais recomendado pela literatura e associações internacionais é o algoritmo TIME que consiste em preparar um meio adequado para que a cicatrização ocorra, através de remoção do tecido desvitalizado (T) quando presente no leito da ferida, controle da inflamação/infecção (I), manutenção de equilíbrio na umidade (M) no leito da lesão e preservação das margens da ferida (E). A avaliação desses itens juntamente com as outras características, principalmente o nível de exsudato, devem ser os critérios direcionadores para a seleção do produto a ser prescrito pelo profissional⁷.

A literatura internacional têm evidenciado que enfermeiros possuem maior conhecimento e habilidade para

prescrever produtos relacionados ao tratamento de feridas que médicos^{8,9}. No Brasil, para além dos profissionais médicos, a resolução COFEN 567/2018 regulamenta a prescrição de curativos por enfermeiros. Algumas pesquisas avaliaram o conhecimento de enfermeiros sobre diversos aspectos do tratamento de feridas¹⁰⁻¹³. No entanto, uma lacuna evidente na literatura está na avaliação da qualidade das prescrições de curativos e se elas são adequadas às características das feridas, o que reflete o conhecimento aplicado diretamente ao cuidado do paciente.

Face ao exposto, levantou-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a qualidade das prescrições de curativos a pacientes com feridas? Assim, o objetivo deste estudo foi analisar as prescrições de curativo realizadas por enfermeiros e médicos quanto a clareza e a adequabilidade do produto prescrito às características da ferida, bem como analisar as implicações éticas desse contexto.

MÉTODOS

Estudo descritivo, com análise documental prospectiva de caráter quantitativo.

A amostra foi de conveniência e não probabilística, composta por 12 pacientes com

feridas abertas, em cicatrização por segunda intenção e os seus registros de enfermagem nos respectivos prontuários. Foram estabelecidos como critérios de inclusão dos participantes: apresentar ferida aberta, em cicatrização por segunda intenção, com expectativa de um período mínimo de duração da internação de 15 dias. Foram excluídos os pacientes que receberam alta ou transferência de unidade antes de 15 dias de acompanhamento.

O estudo foi realizado nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital universitário do Centro Oeste brasileiro.

Os dados foram coletados entre março e junho de 2016. Os pacientes tiveram suas feridas avaliadas pelo pesquisador ao longo de 15 dias de internação, com a finalidade de verificar a adequabilidade do produto prescrito às características das feridas. Foram analisadas somente as prescrições de curativos, totalizando 180 dias de registros avaliados.

Para avaliação utilizou instrumento do tipo *checklist*, elaborado baseado em Pokorná e Leaper¹⁴, contendo: etiologia da ferida, duração, tamanho, profundidade, localização, condições de bordas e estado de pele perilesional, aspecto do leito da ferida, sinais e sintomas de inflamação/infecção, nível de contaminação, características do exsudato, odor, comorbidades e dor. O instrumento foi avaliado por dois profissionais com experiência em avaliação de feridas e testado em campo para verificação da adequabilidade ao alcance dos objetivos deste estudo.

Diariamente, durante o período de coleta de dados, foi realizada avaliação sistematizada da ferida, pelo pesquisador treinado, mediante aplicação do protocolo de caracterização descrito anteriormente. Verificou-se as anotações no campo de prescrições diariamente durante o período de acompanhamento, sendo as prescrições de curativos transcritas na íntegra para o instrumento de coleta de dados. Cada paciente foi acompanhado pelo pesquisador, *in loco* por três vezes, durante a realização do curativo pela equipe de enfermagem. Nessa ocasião, foram registradas as características das feridas e realizada a fotografia da ferida, por meio de um tablet.

As prescrições foram analisadas quanto ao conteúdo, clareza e adequabilidade do tratamento proposto às características da ferida, utilizando-se do julgamento de dois pesquisadores. As prescrições foram classificadas como adequadas quando a ação do produto prescrito era compatível com a necessidade da ferida, baseada no algoritmo TIME. Assim, foi considerado inadequado quando a ação do produto não condizia com as características da ferida ou havia alguma contraindicação do produto para a ferida.

Como recurso auxiliar para a análise da adequabilidade das prescrições, as imagens fotográficas foram analisadas juntamente com o instrumento contendo as características das feridas.

Os dados foram analisados com auxílio do *Software Statistic Package for Social Sciences for Windows* (SPSS versão 17.0) e apresentados por estatística descritiva e frequência simples.

O estudo atendeu aos requisitos éticos da resolução 466/2012 e aprovado sob o protocolo nº544.337/2014. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) consentindo em participar da pesquisa e assinaram termo autorizando o registro das imagens das feridas.

RESULTADOS

Dos 180 dias de registros avaliados, em 92,2% (166/180) havia prescrições para a realização dos curativos. Em 7,8% não havia prescrição de curativos nos registros do paciente com ferida. A figura 1 mostra a distribuição das prescrições por categoria profissional.

Em seguida analisou-se os conteúdos das prescrições de ambos os profissionais quanto ao seu conteúdo e clareza. Observou-se que 93,9% (156/166) das prescrições estavam incompletas quanto ao conteúdo, os itens avaliados foram frequência de troca, local da lesão, instrução para a limpeza e prescrição do produto (Figura 2).

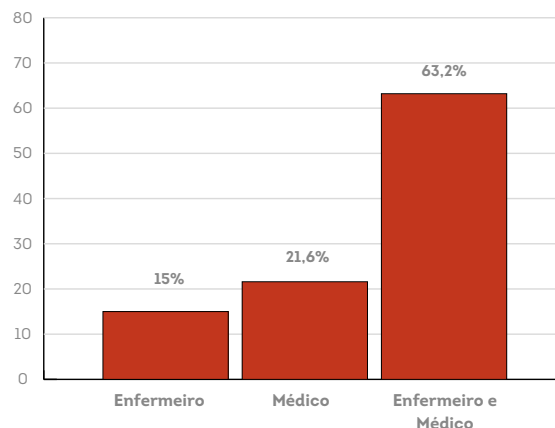


Figura 1. Distribuição das prescrições de curativo por categoria profissional das clínicas médica e cirúrgica de um hospital universitário

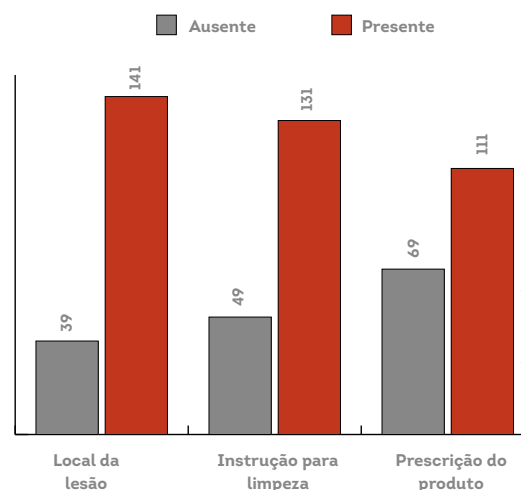


Figura 2. Componentes das prescrições de curativos a pacientes com feridas nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital universitário

Em relação a clareza das prescrições observou-se que em 63,2% (105/166) as prescrições foram realizadas pelo médico e pelo enfermeiro no mesmo registro diário. Quando encontrado prescrições por ambos os profissionais no mesmo registro diário, as mesmas foram analisadas quanto a concordância do tratamento, destas, em 31,4% (33/105) os produtos prescritos eram divergentes. Destaca-se que 41,5% (69/166) das prescrições estavam sem a especificação do produto.

O principal produto prescrito pelos profissionais foi o AGE (53,6%). A tabela 1 mostra a relação dos produtos disponíveis no período de coleta de dados e a frequência de prescrição dos mesmos. Apesar de estarem disponíveis, e serem compatíveis com as características de algumas feridas acompanhadas, o hidrogel e o alginato de cálcio, não foram prescritos.

Tabela 1. Frequência das prescrições de produtos para curativo nas clínicas médicas e cirúrgica de um hospital universitário

| Produtos disponíveis | Produtos Prescritos n(%) |
|----------------------|-----------------------------|
| AGE | 89(53,6) |
| Alginato de Cálcio | 0 |
| Colagenase | 37(22,3) |
| Hidrogel | 0 |
| Hidrofibra | 32(19,3) |
| Papaina | 8(4,8%) |

Em relação a adequabilidade dos produtos às características das feridas, em 38,3% (69/166) a prescrição do produto foi inadequada, sendo que em 42% (29/69) das situações foi prescrito produtos sem ação desbridante para feridas com tecido necrótico e em 58% (40/69) foi prescrito com produto com ação desbridante para feridas sem necrose.

DISCUSSÃO

No presente estudo, 92,2% dos registros apresentaram prescrições de curativo aos pacientes com feridas. Em 7,8% dos registros avaliados, os pacientes com feridas não tiveram prescrições de curativos por nenhum profissional, suscitando preocupação, pois quando não há um direcionamento do tratamento por parte do profissional, quem realizará o curativo, o fará de acordo com seus conhecimentos.

Estudos de diferentes regiões do Brasil¹⁵⁻¹⁷, evidenciam que os curativos são realizados predominantemente por técnicos de enfermagem. Tal fato reforça a necessidade da avaliação das feridas por enfermeiros e/ou médicos e a prescrição do tratamento direcionada às características da ferida.

A qualidade de registros das características das feridas tem obtido atenção da literatura nos últimos anos tanto a nível nacional¹⁶ quanto internacional¹⁴, já que a seleção da intervenção deve ser dependente da avaliação das características da ferida. Estudo identificou que apenas 30,9% dos enfermeiros consideraram que as prescrições estão sempre alinhadas às necessidades do paciente¹⁸, o que também foi constatado com as prescrições de curativos, destacando o pioneirismo deste estudo ao avaliar a conformidade da prescrição de curativos, considerando a adequabilidade do produto prescrito às características das feridas.

A maioria das prescrições estavam incompletas deixando de especificar ora o local da ferida, ou a instrução para a limpeza e até mesmo o produto a ser utilizado no

seu tratamento. Um estudo mostrou que os principais dificultadores na assistência de enfermagem aos pacientes com feridas foram ausência de protocolos institucionais e indisponibilidade de produtos¹⁹. Além de déficit de conhecimento no domínio avaliação da ferida e decisão da terapia tópica²⁰, o que sugere a necessidade de se concentrar esforços na consolidação deste conteúdo na graduação e em atividades de educação continuada.

Esse déficit de conhecimento pode explicar as prescrições inadequadas e incompletas observadas nesta pesquisa. Há lacunas de estudos que avaliam o saber médico sobre cuidado com feridas na literatura^{9,21}, apontando níveis baixos ou intermediários de conhecimento, sendo que em determinadas situações os enfermeiros apresentaram desempenhos superiores⁹.

Foi evidenciado neste estudo divergência de prescrições de curativo em 31,4% dos registros diários. Tendo em vista que o tratamento de feridas tem caráter interdisciplinar²², este dado pode refletir falta de comunicação entre as equipes e indicar falha na sequência do tratamento, o que possivelmente dificultará a avaliação dos resultados.

Esta pesquisa apresenta a avaliação da adequabilidade das prescrições, o que representa uma novidade na literatura que tem trazido estudos avaliando a qualidade dos registros, das intervenções ou até mesmo do faturamento de curativos^{16,23}, no entanto, sem considerar a adequabilidade do produto às feridas. Observou-se que 38,3% das prescrições estavam inadequadas às características das feridas, relacionadas a indicação de produto desbridante em tecido de granulação ou a indicação de produto sem ação desbridante em tecido necrótico.

O uso de produto desbridante do tipo enzimático em tecido viável causa dano ao tecido e retardo no processo de cicatrização, uma vez que essa classe de produtos exerce sua ação de modo não seletivo, cabe ressaltar que a escolha do curativo deve ser baseada nas melhores evidências disponíveis e não nas preferências pessoais²⁴ e ainda, em se tratando de desbridamento, pode-se encontrar dificuldade do profissional em manejar o tecido necrótico¹³.

Portanto, o tratamento quando inadequado propicia o desenvolvimento de infecções e conseqüentemente o retardo no processo de cicatrização, elevando o período de internação o uso de múltiplas terapias antimicrobianas, compromete a segurança do paciente, reduz a qualidade de vida e aumento do exílio social e dos custos na assistência²⁵.

As leis que regulamentam o exercício profissional da enfermagem e da medicina (Lei 7.498/1986 e Lei 12.842/2013)

juntamente com os respectivos códigos de ética (Resolução Cofen 564/2018 e Resolução CFM 2.217/2018), dispõem como deveres dos profissionais a prescrição da assistência, documentação do processo de cuidado e registro adequado das informações pertinentes, respeitando as atribuições de cada categoria.

Os resultados do presente estudo sugerem inadequações quanto a tais parâmetros, ressaltando fragilidades dos profissionais em realizar prescrições adequadas. Além das implicações para a prática clínica e para a segurança do paciente²⁵, essas inadequações podem resultar em infrações éticas por parte do profissional, passível de instauração de processos éticos e consequente aplicação de penalidades.

Especificamente para a enfermagem, o tratamento de feridas é contemplado pelo processo de enfermagem como uma das atribuições do enfermeiro na prática assistencial e regido pela Resolução Cofen 567/2018. Entretanto, fragilidades ainda são encontradas no registro de enfermagem quanto a assistência ao paciente com feridas, especialmente na dificuldade de documentar as etapas do processo de enfermagem²⁶, sugerindo infrações aos artigos 14, 36 e 37 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen 564/2017).

Apesar do processo de fiscalização em enfermagem pautar-se na concepção educativa e de estímulo aos valores éticos da profissão²⁷, compreende-se que a identificação precoce de tais inadequações é fundamental para a proteção do exercício profissional e a garantia de assistência segura ao paciente.

Identificou-se como limitações do estudo a inclusão de um único hospital e a análise apenas descritiva das prescrições.

Tendo em vista o déficit nas prescrições de curativos quanto sua adequabilidade, independente da categoria profissional que as realizou, este estudo aponta que esforços devem ser realizados para que os currículos dos cursos de graduação reforcem esses conteúdos ainda no período

da formação. Além disso, aponta a necessidade de preenchimento dessas lacunas entre os profissionais através de atividades de educação continuada para que os pacientes recebam uma assistência de qualidade.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que, em sua maioria, as prescrições médicas e de enfermagem foram incompletas e inadequadas às características das feridas dos pacientes. Tais resultados refletem a dificuldade da equipe multiprofissional em articular de forma conjunta as condutas terapêuticas a serem adotadas, bem como a falta de capacitação profissional com relação ao tratamento de feridas. Para além dos prejuízos ao tratamento do paciente, inadequações nas prescrições de curativos refletem falha no processo de cuidado e em sua documentação, além de resultar em infrações éticas com possibilidade de aplicação de penalidade. Ademais, reforça um importante alerta às instituições formadoras da necessidade de maiores investimentos na formação acadêmica de enfermeiros e médicos, tendo em vista que cabe aos profissionais enfermeiros e médicos a competência do cuidado de feridas. Ainda, a adoção de protocolos pode auxiliar a direcionar as prescrições dos profissionais, as quais devem ser voltadas para atender as necessidades dos pacientes com feridas de forma holística, cabendo as equipes e gestores investir nessa ferramenta de sistematização.

Contribuição dos autores:

Hélio Galdino-Júnior contribuiu na concepção e/ou desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Brunna Rodrigues de Lima contribuiu na coleta de dados, análise e interpretação dos dados; George Oliveira Silva contribuiu na análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Pianissoli LG, Silva JP, Penteadó EA, Lopes DR, Mengal VF. Oxidative stress and inflammation in wound repair: molecular and cellular mechanisms. *FASEB J*. 2019;33(1 Suppl):542.3-3.
2. Dhivya S, Padma VV, Santhini E. Wound dressings—a review. *BioMedicine (Taipei)*. 2015;5(4):22.
3. Yue JH, Zhang SJ, Sun Q, Sun ZR, Wang XX, Golianu B, et al. Local warming therapy for treating chronic wounds: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(12):e9931.
4. Percival SL. Restoring balance: biofilms and wound dressings. *J Wound Care*. 2018;27(2):102-13.
5. Powers JG, Higham C, Broussard K, Phillips TJ. Wound healing and treating wounds: chronic wound care and management. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(4):607-25.
6. Derakhshandeh H, Kashaf SS, Aghabaglou F, Ghanavati IO, Tamayol A. Smart bandages: the future of wound care. *Trends Biotechnol*. 2018;36(12):1259-74.

7. Dowsett C. TIME to improve patient outcomes: use of a clinical decision support tool to optimise wound care. *Br J Community Nurs.* 2019;24(Suppl 3):S6-S11.
8. Friman A, Wiegleb Edström D, Edelbring S. Attitudes and perceptions from nursing and medical students towards the other profession in relation to wound care. *J Interprof Care.* 2017;31(5):620-7.
9. Romero-Collado A, Homs-Romero E, Zabaleta-del-Olmo E. Knowledge about medications and products to prevent and treat pressure ulcers: a cross-sectional survey of nurses and physicians in a Primary Health Care setting. *J Clin Nurs.* 2013;22(17-18):2562-71.
10. Paula VA, Souza ID, Almeida RL, Santos KB. O conhecimento dos enfermeiros assistenciais no tratamento de feridas. *HU Rev.* 2019;45(3):295-303.
11. Colares CM, Luciano CC, Neves HC, Tipple AF, Galdino Júnior H. Cicatrização e tratamento de feridas: a interface do conhecimento à prática do enfermeiro. *Enferm Foco.* 2019;10(3):52-8.
12. Azevedo IC, Costa RK, Holanda CS, Salvetti MG, Torres GV. [Family health strategy nurses' knowledge of assessment and treatment of oncologic wounds]. *Rev Bras Cancerol.* 2014;60(2):119-27. Portuguese.
13. Girondi JB, Soldera D, Evaristo SM, Locks MO, Amante LN, Vieira AS. Desbridamento de feridas em idosos na atenção primária em saúde. *Enferm Foco.* 2019;10(5):20-5.
14. Pokorná A, Leaper D. Assessment and documentation of non-healing, chronic wounds in inpatient health care facilities in the Czech Republic: an evaluation study. *Int Wound J.* 2015;12(2):224-31.
15. Santana AC, Bachion MM, Malaquias SG, Vieira F, Carneiro DA, Lima JR. Caracterização de profissionais de enfermagem que atendem pessoas com úlceras vasculares na rede ambulatorial. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(6):821-6.
16. Lemos LF, Barbosa MA, Lima AR, Barreto RA, Suzuki K, Prado MA. Billing of level II wound treatment and records: nursing contributions. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(3):e3360016.
17. Galdino-Júnior H, Lima BR, Santos SD, Neves HC, Tipple AF. Adesão às precauções padrão durante a realização de curativos pela equipe de enfermagem. *Rev Enferm Atual.* 2018;84(22):45-58.
18. Faeda MS, Perroca MG. Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. *Rev Latino-Am Enferm.* 2016;24:e2723.
19. Santos EI, Oliveira JG, Ramos RS, Silva AC, Belém LS, Silva AL. Facilidades e dificuldades à autonomia profissional de enfermeiros no cuidado de pessoas com feridas: estudo de representações sociais. *Estima.* 2017;15(1):3-9.
20. Nasbine-Rabeh SA, Berzoti-Gonçalves MB, Larcher-Caliri MH, Nogueira PC, Yuri-Miyazaki M. Terapia tópica para feridas crônicas: contribuciones de un módulo de enseñanza a distancia para el conocimiento de estudiantes de enfermería. *Enferm Glob.* 2017;16(45):69-101.
21. Little SH, Menawat SS, Worzniak M, Fetters MD. Teaching wound care to family medicine residents on a wound care service. *Adv Med Educ Pract.* 2013;4:137-44.
22. Wu-Fienberg Y, Henzel MK, Richmond MA, Becker DB. Impact of interdisciplinary rounds in the spinal cord injury unit on relational coordination for patients with pressure injury: a pilot study. *J Spinal Cord Med.* 2019;42(2):245-50.
23. Rodrigues CT, Camacho AC. Registro de enfermagem de curativos de úlceras venosas na atenção básica. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2015;9(2):526-32.
24. Jones ML. Wound healing Series 2.5. Wound debridement, part 1. *Br J Healthcare Assist.* 2018;12(2):78-80.
25. Adderley UJ, Thompson C. Community nurses' judgement for the management of venous leg ulceration: a judgement analysis. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):345-54.
26. Galdino Júnior H, Tipple AF, Lima BR, Bachion MM. Processo de enfermagem na assistência a pacientes com feridas em cicatrização por segunda intenção. *Cogitare Enferm.* 2018;23(4):e56022.
27. Costa EO, Germano RM, Medeiros SM. A fiscalização do exercício profissional no Conselho Federal de Enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2014;18(1):208-12.

METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A ASSISTÊNCIA: RELATO DE AÇÕES EXTENSIONISTAS

Giovanna do Socorro Santos da Silva¹
Fabiane Diniz Machado Vilhena¹
Jéssica Soares Barbosa¹
Débora Talitha Neri¹
Rubenilson Caldas Valois²
Eliã Pinheiro Botelho¹
José Jorge da Silva Galvão¹
Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira¹

<https://orcid.org/0000-0002-3442-1183>
<https://orcid.org/0000-0003-1713-0103>
<https://orcid.org/0000-0002-0060-941X>
<https://orcid.org/0000-0001-6658-2304>
<https://orcid.org/0000-0001-9120-7741>
<https://orcid.org/0000-0002-9682-6530>
<https://orcid.org/0000-0003-0745-2651>
<https://orcid.org/0000-0002-8206-4950>

Objetivo: Descrever a experiência com o uso da metodologia problematizadora com Arco de Magueréz em ações extensionistas de integração entre vigilância epidemiológica e a assistência à saúde.

Métodos: Relato de experiência de discentes do curso de graduação em Enfermagem, em um projeto de extensão universitária, no qual foi utilizada metodologia problematizadora com o Arco de Magueréz.

Resultados: A etapa que conduziu a identificação do problema na notificação compulsória das doenças e agravos também estimulou o desenvolvimento da competência de diagnóstico dos problemas de saúde e habilidades para tomada de decisão. Enquanto, as etapas que levaram a escolha e implementação da intervenção com atividades educativas estimulou o desenvolvimento das competências de intervir nos problemas de saúde; comunicação e educação permanente.

Conclusão: O uso de uma metodologia de ensino-aprendizagem na solução de um problema real e aplicado as ações extensionistas contribuiu no desenvolvimento competências e habilidades importantes na formação como Enfermeiros.

Descritores: Ensino; Vigilância em saúde pública; Serviço de saúde; Métodos; Enfermagem

PROBLEMATIZATION METHODOLOGY IN THE INTEGRATION BETWEEN EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE AND ASSISTANCE: REPORT OF EXTENSIONIST ACTIONS

Objective: To describe the experience with the use of the problematizing methodology uses the Magueréz Arch in extension actions of integration between epidemiological surveillance and health care.

Methods: Experience report of students of the undergraduate Nursing course, in a university extension project, in which problematizing methodology with the Magueréz Arch was used.

Results: The stage that led to the identification of the problem in the compulsory notification of diseases and conditions also stimulated the development of the competence to diagnose health problems and decision-making skills. Meanwhile, the steps that led to the choice and implementation of the intervention with educational activities stimulated the development of the skills to intervene in health problems; communication and permanent education.

Conclusion: The use of a teaching-learning methodology to solve a real problem and applied to extension actions contributed to the development of important competences and skills in training as Nurses.

Keywords: Teaching; Public health surveillance; Health Service; Methods; Nursing

METODOLOGÍA DE PROBLEMATIZACIÓN EN LA INTEGRACIÓN ENTRE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ASISTENCIA: INFORME DE ACCIONES EXTENSIONISTAS

Objetivo: Describir una experiencia con el uso de la metodología de la problematización con Arco Magueréz en acciones de extensión de integración entre Vigilancia Epidemiológica y una asistencia a la salud.

Métodos: Relato de experiencia de estudiantes de la graduación Enfermería, en proyecto de la extensión universitaria, con metodología la problematización con Arco Magueréz.

Resultados: Una etapa que conduce a la identificación del problema en la notificación obligatoria de las obligaciones y agravios, así como el cálculo o desarrollo de la competencia de diagnóstico dos problemas de saúde y las habilidades para la toma de decisión. Mientras, con pasos que llevaron a la elección implementación da intervención con actividades educativas, estimuló el desarrollo de las habilidades para intervenir en problemas de salud; comunicación y educación continua.

Conclusion: El uso de una metodología de aprendizaje y solución de problemas reales y aplicados como acciones extensionistas no contribuyen al desarrollo de competencias y habilidades importantes como la formación de enfermedades.

Descriptores: Enseñanza; Vigilancia en salud pública; Servicios de salud; Métodos; Enfermería

¹Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

²Universidade Estadual do Pará, Belém, PA, Brasil.

Autor correspondente: Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira | Email: gnaiff@gmail.com

Recebido: 29/05/2020 - Aceito: 27/11/2020

INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização do acesso às ações e serviços de saúde, o aperfeiçoamento do escopo e dos métodos de intervenção da vigilância em saúde contribuíram no controle de doenças transmissíveis, no enfrentamento das doenças emergentes, reemergentes e das pandemias, incluindo a mais recente emergência de saúde pública mundial do novo coronavírus (SARS-CoV-2)^{1,2}.

Ao longo do processo de estruturação da vigilância epidemiológica no Brasil, as instituições acadêmicas estão presentes desde as bases da construção da vigilância em saúde no SUS. Na implantação dos sistemas de base epidemiológica, as universidades por meio de convênios participaram das capacitações dos profissionais de saúde de todo o país, com oferta de cursos no campo da vigilância, uso de *software* e análises de situação de saúde¹.

Contudo, ainda persistem problemas na integração entre vigilância epidemiológica e atenção primária à saúde (APS), que incluem a subnotificação das doenças de notificação compulsória; centralização na dispensação de medicamentos para hanseníase e tuberculose pela vigilância epidemiológica e integração apenas em momentos de crise e epidemias^{1,3,4}. Mais recente, a denominada carteira de serviços da APS incluiu ações para a integração entre atenção primária e vigilância em saúde⁵.

Nesse contexto, a universidade pode contribuir para reduzir os problemas relacionados a falta de integração, por meio de projetos de extensão, uma vez que são apontados como coadjuvantes na integração ensino-serviço⁶. No entanto, sem assumir a função dos serviços na prestação do cuidado ou na intervenção epidemiológica. Assim sendo, as atividades extensionistas devem ter uma fundamentação teórico-metodológica, considerando a função pedagógica, mas que produza ação transformadora para a sociedade⁷. Para isso, a metodologia ativa da problematização com o Arco de Maguerez por ser aplicada para temas práticos, além de favorecer o processo de ensino-aprendizagem, também possibilita a intervenção em um problema do cotidiano do serviço^{8,9}.

As experiências nas ações extensionistas que articulam a universidade e a comunidade desenvolvem o pensamento crítico sobre a importância de ações intersetoriais que articulam ensino, pesquisa e extensão em resposta às demandas da sociedade, contribuindo para o perfil de formação do egresso⁷. Considerando o acima exposto, é plausível supor que o uso de um método ativo de ensino-aprendizagem em ações extensionistas é uma estratégia para integração ensino-serviço que permite intervenção na realidade e no

desenvolvimento de competências e habilidades fundamentais para a formação do Enfermeiro.

Desta forma, este estudo teve como objetivo descrever a experiência vivenciada com o uso da metodologia problematizadora com Arco de Maguerez em ações extensionistas de integração entre vigilância epidemiológica e a assistência à saúde.

MÉTODOS

Este estudo é um relato de experiência do percurso de discentes do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade da região Norte do Brasil, no projeto de extensão universitária intitulado "Práticas integradas de vigilância epidemiológica: integração ensino, atenção e gestão", no qual foi utilizada metodologia problematizadora aplicada para intervenção na realidade.

Os cenários do estudo foram a divisão de vigilância epidemiológica de um município da região Norte e os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) do distrito administrativo sanitário em que a universidade está inserida. Os profissionais de saúde dos cenários foram integrados como coadjuvantes. A experiência foi realizada entre maio a dezembro de 2019, sob coordenação de uma professora da Faculdade de Enfermagem. Foi adotada a metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez, tendo cinco etapas: observação da realidade, pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade^{8,9}.

O projeto de extensão foi aprovado no edital PIBEX 2019, da instituição de ensino superior e pelo núcleo de educação permanente da secretaria municipal de saúde. Trata-se de um relato de experiência dos autores, desta forma o estudo dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

OBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA

A utilização desta metodologia possibilita alcançar os objetivos do projeto de extensão que é promover a integração ensino-serviço para contribuir na intervenção de problemas práticos da relação da vigilância epidemiológica com os serviços assistenciais e contribuir na formação do enfermeiro.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Na primeira etapa, observação da realidade, foram utilizados elementos da aprendizagem significativa, uma vez que os acadêmicos trazem conhecimentos prévios^{8,9} assistenciais relacionados a rede de serviços e aos conteúdos das disciplinas cursadas. Essa etapa ocorreu entre maio e junho de 2019, iniciou com a análise do cenário a partir

da vivência e inserção discentes nas atividades do serviço; seguido da definição e seleção do problema, a partir da configuração do problema, de modo a conhecer a magnitude (tamanho do problema); a relevância; a capacidade dos discentes em intervir para resolução; a existência de recursos materiais e os custos estimados para o enfrentamento. Nessa etapa, o professor guiou o processo de observação.

A segunda etapa, identificação dos pontos-chave, ocorreu em julho de 2019, no qual os discentes elegeram os pontos considerando prioritários para a solução do problema. Nessa etapa, o professor orientou os alunos a elaborarem uma síntese, contendo os tópicos da investigação⁹.

A terceira etapa, teorização, ocorreu entre julho e agosto de 2019, os discentes buscaram levantar as evidências sobre o problema observado, com busca informações em base de dados de domínio público do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e nas bases Scielo (*Scientific electronic library online*) e PubMed. Foram selecionados artigos publicados entre 2015 a 2019. Também foram realizadas leituras de portarias e documentos técnicos. Essa etapa de busca de evidências científicas e literatura cinzenta ajudou na compreensão e resolução do problema^{8,9}.

A quarta etapa, ocorreu em agosto de 2019, buscou-se formular as hipóteses de solução do problema, utilizando-se as evidências levantadas na etapa anterior. Enquanto, a quinta etapa, foi a aplicação da intervenção, que ocorreu entre agosto a outubro de 2019. Foi construído um plano de ação com a ferramenta 5W2H, que consiste em cinco perguntas: *What* (O que, qual quê?), *Who* (Quem?), *Where* (Onde?), *When* (Quando?), *Why* (Por quê?), *How* (Como?), *How Much* (Quanto?)¹⁰.

Para a realização das atividades da intervenção, os discentes estabeleceram contato prévio com os EAS, sendo as ações agendadas semanalmente, com cada equipe. Os temas abordados com as equipes dos EAS foram identificados nas etapas anteriores. A avaliação da intervenção ocorreu entre outubro e dezembro de 2019.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

A participação no projeto de extensão possibilitou aos discentes compreender como o uso de uma fundamentação teórico-metodológica pode ser usada na integração ensino-serviço e como método de resolução de problemas aplicado a prática profissional do Enfermeiro em diversos cenários de atuação. No contexto do processo de ensino aprendizagem a experiência com as ações extensionistas possibilitou o desenvolvimento de habilidades técnicas, aplicação e reconhecimento de conteúdos ministrados em

sala de aula. Além, da construção de consciência dos fatores gerenciais que são relevantes para assistência de qualidade e a indissociabilidade das ações de vigilância em saúde e assistência, incluindo a assistência de Enfermagem.

A etapa de observação da realidade permitiu aos discentes participar do processo de trabalho da vigilância epidemiológica, na qual o enfermeiro está inserido, e verificar a relação com a rede de serviços de saúde. Desta forma, o problema escolhido foi o processo de notificação compulsória, em que há subnotificação e falhas nos registros que consequentemente interferem na investigação epidemiológica e inserção dos dados nos sistemas de informação em saúde (SIS)^{3,4,11}.

Para compreender a magnitude e relevância do problema, os discentes buscaram mapear os EAS do distrito sanitário escolhido, por meio da base de domínio público do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo identificados, 11 unidades básicas de saúde (UBS), 13 serviços de atenção nos níveis secundário e terciário públicos e 246 estabelecimentos assistenciais de saúde privados¹². No Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), foram identificados os agravos notificados e as possíveis ocorrências de subnotificação de doenças, uma vez que verifica-se subnotificação de doenças que causam grande repercussão orgânica³. Ademais, foram escolhidas doenças que são favorecidas pelo contexto geográfico da região e contexto epidemiológico atual, como doenças diarreicas agudas (DDA) e doenças exantemáticas, respectivamente.

Na região Amazônica brasileira, recentemente, houve um surto de sarampo relacionado a migração de populações da Venezuela, devido a crise política neste país. Os estados do Amazonas e Roraima foram os primeiros a serem afetados, devido a área de fronteira, no entanto o vírus se propagou para o Pará e outros estados¹³.

Desta forma, a definição do processo de notificação compulsória de doenças e agravos como problema, considerou a subnotificação e erros nos registros dos dados na ficha de notificação/investigação compulsória. O método e instrumentos usados nessa etapa permitiu aos discentes serem capazes de diagnosticar problemas de saúde, de comunicar-se e tomar decisões em situações reais do cotidiano do trabalho do enfermeiro.

Na determinação dos pontos-chaves, houve o envolvimento de profissionais de saúde da vigilância, sendo identificados, o conhecimento dos profissionais; a dificuldade em notificar e o desconhecimento sobre o fluxo de notificação e envio das fichas para vigilância. Essa etapa foi um momento de reflexão dos discentes sobre o problema.

Na teorização a busca de evidências na literatura permitiu mensurar e explicar o problema, sendo levantada a portaria que define a lista nacional de notificação compulsória; o plano municipal de saúde local 2018-2021 e artigos científicos que contribuíram para entendimento e resolução do problema. Nessa etapa os discentes ressignificaram seus conhecimentos acerca do assunto. Ademais, essa etapa permitiu aos discentes compreenderem o uso das evidências para resolução de problemas práticos.

Na formulação das hipóteses, alguns questionamentos foram feitos: os profissionais de saúde conhecem o fluxo de envio das fichas notificação/investigação? Os profissionais de saúde conhecem os impactos dos erros nos registros e da subnotificação para a investigação epidemiológica e planejamento em saúde no SUS? Desta forma, formulou-se a hipótese que supõe o desconhecimento dos profissionais notificadores sobre a importância da notificação compulsória no contexto individual e coletivo. Essa etapa propõe aos discentes um pensar e agir criativo e reflexivo⁹.

A estratégia de resolução do problema foi a educação continuada com profissionais do serviço. Definido o problema e a estratégia de intervenção, foi elaborado um planejamento utilizando a ferramenta 5W2H que considerou: a atividade de educação continuada; número de pessoas da equipe; nome do serviço e o espaço para a atividade; data da ação; motivo da intervenção; método de ensino-aprendizagem, espaço físico e recursos materiais; e custos com cada atividade. Essa etapa exigiu dos discentes a tomada de decisão e comunicação.

As ações de intervenção ocorreram nas dependências dos EAS selecionados e da universidade executora do projeto. Na atividade foram formados pequenos grupos por favorecer o processo de aprendizagem. No início da atividade foram distribuídos materiais como ficha de notificação/investigação epidemiológica do sarampo e das DDA, calendário epidemiológico, ficha de notificação negativa, fluxograma de notificação do sarampo, além da portaria que define a lista nacional de notificação.

A educação continuada utilizou elementos da aprendizagem significativa. A atividade ocorreu de forma dialogada, usando recursos multi-mídia. Para isso os profissionais foram estimulados a compartilharem seus saberes e dinâmica de trabalho, levantando-se os problemas do cotidiano que interferiam no correto registro das fichas de notificação/investigação, assim como na subnotificação. Na ação, esses elementos do cotidiano do serviço foram usados para ressignificar as práticas que envolvem o processo de notificação compulsória. Os discentes e a profissional da vigilância destacaram a repercussão das notificações

sobre a macropolítica. As discentes demonstraram na prática os endereços eletrônicos para realizar *download* das fichas de notificação/investigação. Após a intervenção nas unidades, as discentes acompanharam por dois meses os resultados da intervenção, por meio do levantamento das notificações dos casos.

Transversalmente às atividades que envolviam as ações diretas da intervenção, as discentes participaram de outras atividades relacionadas à rotina de serviço prestado na Vigilância Epidemiológica, onde havia participação de enfermeiros e membros da comunidade. Nesse contexto, foi possível o entendimento dos SIS, participação em capacitação, identificação dos registros, entendimento dos fluxos organizacionais e compreensão do trabalho do enfermeiro na vigilância epidemiológica, por meio do acompanhamento de investigações de doenças e agravos notificáveis, como: dengue, zika, chikungunya, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sarampo, MDDA, doença de chagas e leptospirose.

Nas etapas da problematização com o uso do Arco de Maguerez as discentes demonstraram autonomia, responsabilidade, comprometimento pessoal. Desta forma, esse processo contribuiu para o desenvolvimento de competências gerais necessárias para a formação profissional como, tomada de decisão; comunicação; educação permanente e competências específicas que incluiu, ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança, que contribuem para o perfil de formação do egresso (DCN).

A experiência extracurricular em atividade de inserção dos discentes no serviço possibilita ao egresso ter maior segurança, autonomia e habilidade técnico-científica demonstrando impacto sobre a formação profissional^{14,15}.

A intervenção não foi desenvolvida com um maior número de profissionais do serviço devido ao número de discentes participantes. O relato só possibilitou descrever a experiência das discentes no contexto da atividade.

A experiência traz contribuições para o processo de ensino aprendizagem, pela viabilidade da metodologia da problematização com o uso do Arco de Maguerez em projetos de extensão que possibilitou o desenvolvimento de competências e habilidade requeridas na formação. Assim como, contribuiu como mais uma estratégia na integração ensino-serviço, que teve inserção social e favoreceu a qualificação profissional do SUS para melhorar as ações do cotidiano. Considera-se essa experiência como reproduzível em qualquer município do Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problematização com o Arco de Maguerez permitiu aos discentes compreender como uma metodologia de ensino-aprendizagem pode ser usada para intervenção em um problema da realidade. O método aplicado nas ações extensionistas também contribuiu para que os discentes desenvolvessem competências e habilidades importantes na formação como Enfermeiros.

Contribuições dos autores:

GSSS, FDM, JSB: Participaram da coleta, análise e interpretação dos dados. DTN: Participou da concepção e/ou desenho do estudo; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito. RCV,

EPB, JJSJG: participaram da redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. GRONF: Participou da concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

Agradecimentos:

Agradecemos a equipe da Divisão de Vigilância Epidemiológica do município do estudo, assim como aos profissionais de saúde dos estabelecimentos de saúde participantes. O projeto teve o financiamento de uma bolsa de extensão, aprovado em edital PIBEX 2019, da Pró-reitoria de Extensão da UFPA.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira MG, Costa MC, Carmo EH, Oliveira WK, Penna GO. Vigilância em saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1811-8.
2. Lana RM, Coelho FC, Gomes MF, Cruz OG, Bastos LS, Villela DA, et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(3):e00019620.
3. Lafetá KR, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LM. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63-74.
4. Albuquerque AC, Mota EL, Felisberto E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(4):861-73.
5. Cunha CR, Harzheim E, Medeiros OL, D'Ávila OP, Martins C, Wollmann L, et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1313-26.
6. Balduino AS, Veras RM. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(Spe):17-24.
7. Costa P, Palombo CN, Silva LS, Silva MT, Mateus LV, Buchhorn SM. Ações de extensão universitária para translação do conhecimento sobre desenvolvimento infantil em creches: relato de experiência. *Rev Esc Enferm USP*. 2019 ;53:e03484.
8. Marques LM. As metodologias ativas como estratégias para desenvolver a educação em valores na graduação em enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3):e20180023.
9. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NA. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NA. A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2015. p. 45-52.
10. Tajra SF. Gestão estratégica na saúde: reflexões e práticas para uma administração voltada para excelência. São Paulo: Iátria; 2006.
11. Tavares LH, Silva O, Paz LC, Lopes LA, Oliveira ML, Macedo MM, et al. Monitoramento das ações pró-redução da transmissão vertical da sífilis na rede pública do Distrito Federal. *Enferm Foco*. 2012;3(1):29-35.
12. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Consulta de estabelecimentos. 2019 [citado 2019 Jan 15]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
13. Goldani LZ. Measles outbreak in Brazil, 2018. *Braz J Infect Dis*. 2018;22(5):359.
14. Silva AN, Moreira DP, Freitas CM, Teixeira AK, Pinheiro AR. Estágio extracurricular de enfermagem: estratégia para a formação profissional. *Enferm Foco*. 2019;10(4):129-35.
15. Barbosa AC, Luiz FS, Friedrich DB, Püschel VA, Farah BF, Carbogim FC. Perfil de egressos de Enfermagem: competências e inserção profissional. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3205.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM DISSERTAÇÕES E TESES DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

Glauber Weder dos Santos Silva¹

Bárbara Coeli Oliveira da Silva^{1,2}

Eder Samuel Oliveira Dantas^{3,4}

Alexsandra Rodrigues Feijão⁴

Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho⁴

Soraya Maria de Medeiros⁴

Cecília Nogueira Valença^{4,5}

<https://orcid.org/0000-0002-0570-1944>

<https://orcid.org/0000-0002-2933-0930>

<https://orcid.org/0000-0002-6595-6105>

<https://orcid.org/0000-0002-8686-9502>

<https://orcid.org/0000-0002-0785-3423>

<https://orcid.org/0000-0003-2833-9762>

<https://orcid.org/0000-0003-3998-3983>

Objetivo: Caracterizar a produção brasileira de teses e dissertações sobre educação permanente em saúde no campo da enfermagem.

Método: Estudo documental e quantitativo, com coleta de dados realizada no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, compreendendo o recorte temporal 2000-2018.

Resultados: Elegeram-se 26 teses e dissertações (0,36%), de um quantitativo de 7.136 estudos. Houve predominância das pesquisas realizadas em cursos de mestrado acadêmico (n=16; 61,54%), desenvolvidas em IES do eixo sul/sudeste (n=11; 73,33%) e no campo assistencial da enfermagem (n=21; 80,77%). A Educação Problematicadora (n=6; 23,08%) e o educador Paulo Freire (n=10; 38,46%) foram os principais referenciais teóricos. Denotou-se o nucleamento dos tesesaurus "enfermagem", "educação continuada" e "educação permanente".

Conclusão: A produção de teses e dissertações de Enfermagem no campo da educação permanente em saúde é emergente e contributiva. No entanto, observou-se lacunas teóricas, metodológicas e estruturais.

Descritores: Educação em enfermagem; Educação continuada em enfermagem; Pesquisa em enfermagem; Educação de pós-graduação em enfermagem; Dissertação acadêmica

EDUCATION PERMANENT HEALTH IN DISSERTATIONS AND THESES OF BRAZILIAN NURSING

Objective: Characterize the Brazilian production of theses and dissertations that deal with permanent health education in the field of nursing.

Methods: This is a documentary and quantitative study, with data collection performed in the Catalog of Theses and Dissertations of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel, comprising the time frame 2000-2018.

Results: 26 theses and dissertations (0.36%) were chosen from a total of 7,136 studies. There was a predominance of research conducted in academic masters courses (n = 16; 61.54%), developed in HEIs of the south / southeast axis (n = 11; 73.33%) and in the nursing care field (n = 21; 80.77%). Problematicating Education (n = 6; 23.08%) and educator Paulo Freire (n = 10; 38.46%) were the main theoretical references. The nucleation of thesaurus "nursing", "continuing education" and "permanent education" was denoted.

Conclusion: the production of Nursing theses and dissertations in the field of permanent health education is emerging and contributory. However, theoretical, methodological and structural gaps were observed.

Keywords: Education nursing; Education nursing continuing; Nursing research; Education nursing graduate; Academic dissertation

EDUCACIÓN DE SALUD PERMANENTE EN DISERTACIONES DE ENFERMERÍA BRASILEÑAS Y ESTAS

Objetivo: Caracterizar la producción brasileña de tesis y disertaciones sobre educación permanente en salud en el campo de la enfermería.

Métodos: Este es un estudio documental y cuantitativo, con recopilación de datos realizada en el Catálogo de Tesis y Disertaciones de la Coordinación para el Mejoramiento del Personal de Educación Superior, que comprende el marco temporal 2000-2018.

Resultados: Se seleccionaron 26 tesis y disertaciones (0,36%) de un total de 7.136 estudios. Predominó la investigación realizada en cursos de maestría académica (n = 16; 61.54%), desarrollados en IES del eje sur / sureste (n = 11; 73.33%) y en el campo de la atención de enfermería (n = 21; 80.77%). La educación problemática (n = 6; 23.08%) y el educador Paulo Freire (n = 10; 38.46%) fueron las principales referencias teóricas. Se denota la nucleación del tesaurus "enfermería", "educación continua" y "educación permanente".

Conclusión: La producción de tesis y disertaciones de enfermería en el campo de la educación permanente en salud es emergente y contributiva. Sin embargo, se observaron brechas teóricas, metodológicas y estructurales.

Descriptor: Educación en enfermería; Educación continua en enfermería; Investigación en enfermería; Educación de postgrado en enfermería; Tesis académica

¹Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim, Parnamirim, RN, Brasil.

³Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal, RN, Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

⁵Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Trairi, RN, Brasil.

Autor correspondente: Glauber Weder dos Santos Silva | Email: glauberweder@hotmail.com

Recebido: 02/5/2020 - Aceito: 27/11/2020

INTRODUÇÃO

Por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo da gestão, cuidado e formação, várias experiências revolucionárias foram recomendadas para transformar o modelo do sistema de saúde brasileiro. No campo da educação em saúde, surgiu uma política pública voltada para as exigências dos serviços de saúde¹.

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) desenha-se como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de práticas educacionais, criada no intuito de proporcionar a qualificação de trabalhadores do SUS através da transformação das práticas e da organização do trabalho no setor saúde, atendendo as demandas que emergem das populações atendidas².

Na Educação Permanente em Saúde (EPS), o escopo temático é gerado a partir das necessidades dos profissionais, extraídas das próprias realidades, com intenção de gerar transformações na formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Nesse sentido, os envolvidos na EPS devem considerar o cenário dos serviços de saúde como modificável, mutante e político, que geram autoanálise, autogestão e mudança institucional, valorizando a importância da equipe multidisciplinar e a especificidade da atuação educativa no processo de trabalho em grupo, sem abandonar as questões técnicas próprias de cada profissão^{3,4}.

No contexto da enfermagem, a EPS tem um significado importante, uma vez que, ao repensar atitudes e práticas, o profissional sente-se intuído a participar efetivamente na tomada de decisões, bem como na articulação entre a equipe de enfermagem e os demais componentes dos trabalhadores de saúde. Ressalta-se que o profissional de enfermagem é o que mais diretamente tem se ocupado das ações educativas no âmbito da saúde, recurso adotado tanto para promover a saúde das populações, como para o gerenciamento em enfermagem, na busca pela qualificação da assistência⁵.

Apesar das publicações sobre EPS apresentarem-se com certa visibilidade nas revistas científicas, ainda é desafiador para a enfermagem se inserir mais profundamente na educação do trabalho em saúde com modelos distintos que favoreçam mudanças significativas nas práticas em saúde. Ainda na atualidade, emerge a necessidade de estudos que vislumbrem a enfermagem assumindo a criatividade no processo de construção do conhecimento, levando em consideração as demandas dos usuários^{2,6}.

Considerando-se que a partir da implementação da PNEP, há que se destacar a necessidade de investigações sobre a produção científica, dentre outros aspectos, a produção científica gerada sobre essa política. No caso

específico da escolha pela área de enfermagem, há que se considerar, por exemplo, a distribuição espacial dessa produção no Brasil, assim como as características e o referencial teórico que embasa essas produções.

Assim, para avançar no estado da arte, justifica-se esse estudo documental com base na necessidade de se conhecer a produção acadêmica dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) sobre EPS no âmbito da enfermagem, tendo em vista que mudanças educacionais e no processo de formação não podem ser construídas verticalmente, extremamente hierarquizadas ou isoladas⁷.

Com fundamentação no exposto, e dada a importância dos relatórios de pesquisa difundidos em PPGEnf's, elaborou-se o seguinte questionamento: quais as características espaciais, temporais, processuais e teóricas das dissertações e teses de enfermagem disponíveis no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES que versam sobre a educação permanente em saúde?

Deste modo, o presente estudo objetivou caracterizar a produção brasileira de teses e dissertações que versam a educação permanente em saúde no campo da enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, do tipo documental, a partir do mapeamento da produção dos PPGEnf's no Brasil que abordaram a EPS em seus relatórios de teses e dissertações. A principal característica do estudo documental é calcular o número de pesquisas científicas e mensurar as produções acadêmicas dos referidos textos nas fontes de disseminação de trabalhos⁸.

Elegeu-se como fonte de coleta de dados o Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) via Plataforma Sucupira. A escolha por tal *locus* se deu por ser o repositório com maior disponibilidade de relatórios de pesquisas realizadas na esfera da Pós-Graduação (PPG) brasileira. Ademais, para alcançar o objetivo deste estudo, as teses e dissertações tornam-se mais apropriadas, pois abordam com maior amplitude a totalidade das pesquisas em relação aos recortes descritivos dos artigos científicos.

Para amostra do estudo, elencou-se os seguintes critérios de elegibilidade: inclusão - (1) dissertações e teses liberados na sua integralidade e eletronicamente nos repositórios de origem e (2) que abordassem a EPS voltada para Enfermagem. Excluiu-se: dissertações e teses que, após solicitação de liberação da íntegra do estudo, não houve resposta dos autores das pesquisas ao pedido de acesso na íntegra da tese ou dissertação não encontrada eletronicamente.

Inicialmente, para fins de rigor metodológico e organizacional, adotou-se um protocolo de pesquisa composto pelos itens: tema de pesquisa, objetivo do estudo, questão norteadora, metodologia e estratégias de busca – base de dados, critérios de elegibilidade e coleta e síntese de dados.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2018 (concluída em 28/06/2018), realizada por três dos pesquisadores, de modo independente. As buscas foram realizadas com uma única palavra-chave controlada: “Educação Permanente em Saúde” e os filtros disponíveis na Plataforma: (i) “Tipo” – mestrado acadêmico, mestrado profissional, doutorado; e (ii) “Nome do Programa” – Enfermagem, Enfermagem e Saúde, Enfermagem em Saúde Pública, Enfermagem Fundamental, Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde e Gerenciamento em Enfermagem.

Na primeira fase do estudo, para se identificar as dissertações e teses dos PPG de Enfermagem que utilizaram a EPS como objeto da pesquisa, selecionou-se a produção através de leitura dos títulos e resumos contidos no Catálogo da CAPES e, na segunda fase, procedeu-se com leitura integral de cada relatório incluído no estudo. As seguintes variáveis de interesse foram extraídas:

- Formação do autor (nível de graduação com base no informado na Plataforma Lattes);
- Nível acadêmico (organizado em doutorado, mestrado acadêmico e mestrado profissional);
- Instituição de Ensino Superior: instituição de ensino na qual a dissertação/tese foi defendida;
- Ano de defesa: ano em que a dissertação/tese foi defendida; Método (tipo de estudo): classificado quanto ao desenho do estudo explicitado;
- Área de conhecimento da enfermagem: classificada em processo de trabalho – assistência, ensino, pesquisa e gerência;
- Cenário de pesquisa: *locus* de realização da investigação;
- Referencial teórico: classificado conforme mencionado na dissertação/tese;
- Autor do Referencial: pensador adotado como principal marco teórico;
- Tesouros: palavras-chave ou descritores utilizados para indexação dos resumos das dissertações/teses.

Os dados obtidos foram organizados em planilhas dos softwares *Microsoft Office Excel® 2016*, *LibreOffice v.6.0.4.2* e processados também com auxílio do *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ) versão 07 alpha 2.

Realizou-se a análise dos dados sob perspectiva descritiva (frequência absoluta e relativa), crítica/reflexiva e por similitude, conservando-se a ótica de referenciais teóricos consagrados

na EPS e por meio das normativas nacionais que regulamentam a EPS, bem como, das prerrogativas da enfermagem que tangenciam o uso das práticas educacionais em saúde.

RESULTADOS

Compunham o Catálogo de Teses de Dissertações da CAPES, no momento da coleta de dados, 396.844 relatórios de pesquisas. Destes, 7.136 pertenciam à área de Enfermagem e 697 responderam ao descritor “educação permanente em saúde”. Após análise, 26 estudos foram selecionados para compor a amostra final da pesquisa documental a partir dos critérios de elegibilidade, o que corresponde a 0,36% correspondente as pesquisas de enfermagem produzidas entre 2000 e 2018.

Em relação ao recorte temporal, expressivamente, os últimos cinco anos de publicação (2013-2017) somam quase o dobro de publicações (n=17; 65,38%) quando comparado com o período de oito anos antes (2005-2012) que, mesmo sendo de recorte temporal maior, produziu apenas (n=9; 34,62%) pesquisas. Há aumento da curva de produção a partir do ano de 2014.

Houve predominância das pesquisas realizadas em cursos de mestrado acadêmico 16 (61,54%), seguida pelas teses (n=7; 26,92%) e pequeno número em mestrado profissional (n=3; 11,54%).

No tocante as Instituições de Ensino onde as pesquisas foram desenvolvidas, apenas quinze Instituições realizaram estudos sobre Educação Permanente em Saúde no âmbito da Enfermagem no período avaliado e no recorte amostral. Destacam-se a Universidade de São Paulo (n=4; 15,38%), as Universidades Federais de São Carlos, Santa Catarina e Rio Grande, com 3(11,54) cada; e as Federais do Pará e Ciências da Saúde de Porto Alegre (n=2; 7,69% cada). Quando agrupadas por regiões federativas, predominaram as IES do eixo Sudeste (n=7; 46,67%) e Sul (n=4; 26,66%), seguidas pelo Nordeste (n=2; 13,33%) e número inexpressivo nas regiões Norte/Centro-oeste (n=1; 6,66% cada).

Quanto à formação acadêmica dos autores das pesquisas, em termos de graduação, estes são exclusivamente enfermeiros 26(100), mesmo que algumas IES assumam caráter interdisciplinar em seus PPG em Enfermagem.

A tabela 1 apresenta área processual de desenvolvimento dos estudos, os métodos utilizados, cenários de pesquisa e referencial teórico adotado.

Com relação ao método de pesquisa adotado, predominaram os estudos qualitativos de cunho descritivo (n=12; 42,31%). Porém, os estudos de casos tiveram presença expressiva (n=7; 26,92%) enquanto metodologia para reportar as experiências de educação permanente em saúde. Os ambientes assistenciais (Rede hospitalar e Estratégia Saúde da

Tabela 1. Distribuição dos relatórios de pesquisa por método e cenário de pesquisa, processo de trabalho de enfermagem e referencial teórico

| Variáveis | n(%) | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| Método de pesquisa | Descritivo | 12(46,15) |
| | Estudo de caso | 7(26,92) |
| | Pesquisa-ação | 3(11,54) |
| | Quase-experimental | 2(7,69) |
| | Teoria Fundamentada nos Dados | 1(3,85) |
| | Longitudinal | 1(3,85) |
| Cenário da pesquisa | Rede Hospitalar | 14(53,85) |
| | Estratégia Saúde da Família | 9(34,62) |
| | Vigilância em Saúde | 2(7,69) |
| | Campo da Gestão em Saúde | 1(3,85) |
| Processo de Trabalho de Enfermagem | Assistência | 21(80,77) |
| | Ensino | 415,38 |
| | Pesquisa | 1(3,85) |
| Referencial teórico | Não esclarece | 12(46,15) |
| | Educação Problematicadora | 6(23,08) |
| | Teoria da Complexidade | 2(7,69) |
| | Teoria das Representações Sociais | 1(3,85) |
| | Hermenêutica | 1(3,85) |
| | Teoria da Libertação | 1(3,85) |
| | Educação crítico-reflexiva | 1(3,85) |
| | Prática Educativo-Crítico | 1(3,85) |
| | Concepção dialógica | 1(3,85) |

Família) foram os principais *locus* de realização das investigações (n=23; 88,46%). Assim, quanto às áreas de processos de trabalho da enfermagem, significativamente, predominaram as pesquisas sobre a prática assistencial (n=21; 80,77%).

Ao analisar de forma conjunta o referencial teórico e os pensadores que deram suporte à discussão e ao desenvolvimento da pesquisa, respectivamente, a Educação Problematicadora (n=6; 23,08%) e Paulo Freire (n=10; 38,46%) destacaram-se, podendo essa preferência estar relacionada com a origem epistemológica da Educação Permanente em Saúde.

Paralelamente, o Paradigma da Complexidade (n=2; 7,69%) e o sociólogo Edgar Morin (n=2; 7,69%) surgem em seguida como suporte teórico. No entanto, chama-se atenção para doze (46,15%) dos relatórios de pesquisa não terem esclarecido os referenciais teóricos adotados, demonstrando fragilidade no referencial teórico nas teses e dissertações de enfermagem.

Conforme tabela 2, foram utilizados 64 descritores para indexação dos relatórios de pesquisa no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, os quais possuíam ocorrência de 114 vezes. Os tesouros mais frequentes foram “educação continuada”, “enfermagem”, “educação permanente” e “sistema único de saúde”, denotando uma relação entre enfermagem, educação permanente e o Sistema Único de Saúde. Quanto à presença dos termos exatos no vocabulário estruturado e trilingue Descritores em Ciências da Saúde (DECs), quinze (23,44%) não estão presentes no DECs, o que dificulta a recuperação dos relatórios nos bancos de dados.

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa do uso dos descritores ou palavras-chaves para indexação dos relatórios de pesquisa no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES

| Descritores ou palavras-chaves | n(%) |
|--|---------|
| Educação Continuada | 9(7,89) |
| Enfermagem | 8(7,02) |
| Educação Permanente | 6(5,26) |
| Sistema Único de Saúde | 5(4,39) |
| Estratégia Saúde da Família | 4(3,51) |
| Educação Permanente em Saúde | 4(3,51) |
| Educação em Saúde | 4(3,51) |
| Educação | 4(3,51) |
| Atenção Primária à Saúde | 4(3,51) |
| Educação em Enfermagem | 3(2,63) |
| Prática Profissional | 2(1,75) |
| Política de Saúde | 2(1,75) |
| Pessoal de Saúde | 2(1,75) |
| Enfermeira | 2(1,75) |
| Enfermagem em Saúde Pública | 2(1,75) |
| Educação a Distância | 2(1,75) |
| Capacitação em Serviço | 2(1,75) |
| Capacitação de Recursos Humanos em Saúde | 2(1,75) |
| Vigilância Epidemiológica | 1(0,88) |
| Vigilância em Saúde Pública | 1(0,88) |
| Urgência | 1(0,88) |
| Transferência de Treinamento | 1(0,88) |
| Trabalho de Enfermagem | 1(0,88) |
| Trabalho | 1(0,88) |
| Trabalhadores da Saúde | 1(0,88) |
| Tele-Enfermagem | 1(0,88) |

Continua...

Continuação.

| Descritores ou palavras-chaves | n(%) |
|---|---------|
| Tecnologia Educacional | 1(0,88) |
| Sistemas de Informação em Saúde | 1(0,88) |
| Serviços Hospitalares | 1(0,88) |
| Serviço Hospitalar de Emergência | 1(0,88) |
| Serviço Hospitalar de Cardiologia | 1(0,88) |
| Segurança do Paciente | 1(0,88) |
| Saúde Materno Infantil | 1(0,88) |
| Saúde da Família | 1(0,88) |
| Saúde da Criança | 1(0,88) |
| Saúde | 1(0,88) |
| Registros de Enfermagem | 1(0,88) |
| Recursos Humanos de Enfermagem | 1(0,88) |
| Qualidade da Assistência à Saúde | 1(0,88) |
| Programas de Imunização | 1(0,88) |
| Profissionais de Enfermagem | 1(0,88) |
| Processos de Capacitação | 1(0,88) |
| Organização e Políticas Governamentais | 1(0,88) |
| Nutrição da Criança | 1(0,88) |
| Mortalidade Infantil | 1(0,88) |
| Metodologias de Ensino | 1(0,88) |
| Medição da Dor | 1(0,88) |
| Internato Não Médico | 1(0,88) |
| Imunização | 1(0,88) |
| Hospitais Universitários | 1(0,88) |
| Gestão em Saúde | 1(0,88) |
| Gestão do Cuidado de Enfermagem | 1(0,88) |
| Estado Nutricional | 1(0,88) |
| Emergência | 1(0,88) |
| Educação Profissional em Saúde Pública | 1(0,88) |
| Educação no Trabalho | 1(0,88) |
| Educação de Pós-Graduação em Enfermagem | 1(0,88) |
| Determinação da Pressão Arterial | 1(0,88) |
| Cuidados Críticos | 1(0,88) |
| Cuidado de Enfermagem | 1(0,88) |
| Cuidado | 1(0,88) |
| Capacitação Profissional | 1(0,88) |
| Aprendizagem | 1(0,88) |
| Administração dos Cuidados ao Paciente | 1(0,88) |
| Acreditação Hospitalar | 1(0,88) |

A partir da análise baseada na teoria dos grafos (Figura 1), é possível observar as ocorrências e co-ocorrência entre os descritores e as indicações de conectividade entre os termos, contribuindo no reconhecimento da estrutura de conteúdo e núcleos temáticos. Observou-se que há três palavras que mais se destacam nos relatórios – denotando-se a centralidade do termo “enfermagem”, e a presença de “educação continuada” e “educação permanente” como núcleos secundários. Delas, se ramificam outras palavras, sendo “educação em saúde” e “sistema único de saúde” fortemente ligado à “educação continuada”; “educação em enfermagem”, “estratégia saúde da família” e “educação permanente em saúde” ligada com intensidade à “educação permanente”. Nesse sentido, pode-se inferir, de modo geral, que os descritores utilizados apresentaram diferença estrutural entre educação continuada enquanto política do SUS e educação permanente em saúde e que a enfermagem se utiliza desse conhecimento em sua prática na assistência, com extensão na estratégia saúde da família.

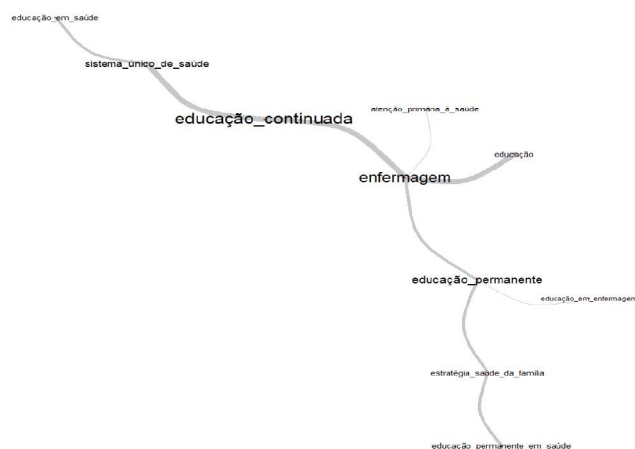


Figura 1. Análise de similitude dos descritores utilizados nos relatórios de pesquisa que compuseram a amostra do estudo documental processada pelo *software* IRaMuTeQ

DISCUSSÃO

Diante dos incentivos políticos, ideológicos e financeiros do setor público e do avanço da disseminação da informação para discorrer a EPS na esfera nacional, julga-se que o emprego em estudos na enfermagem no âmbito dos PPG's apresentou-se com pequena expressividade, corroborando com outro estudo em formato de revisão integrativa de literatura que pesquisou a educação continuada e educação permanente².

As produções sobre EPS nos PPGEnf's no Brasil apresentaram crescimento ao longo dos últimos anos, fato que pode ser explicado devido a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde criada em 2004 e, no ano de 2007, reestruturada. No mesmo período, estabeleceu-se também o Programa Nacional de Telessaúde. E, em 2010, foi criada a Universidade Aberta do SUS.

Nesse ínterim, o mestrado acadêmico se destacou sobre as demais pós-graduações *Stricto Sensu* em Enfermagem no desenvolvimento de pesquisas na EPS, sendo este o que possui a oferta mais antiga quando comparado ao mestrado profissional e doutorado, além de possuir a quantidade maior de oferta de cursos^{9,10}.

No tocante as regiões em que os pesquisadores das Instituições de Ensino Superior desenvolveram as pesquisas, a Sudeste e Sul possuem maior concentração. Achado que pode ser justificado pelo quantitativo de PPGEnf's da Região Sudeste, que conta com 18 doutorados, 21 mestrados acadêmicos e 9 profissionais, Sul 7 doutorados, 9 mestrados acadêmicos e 6 profissionais¹¹.

Além de serem essas as regiões que possuem os PPG em Enfermagem mais antigos do Brasil e América Latina, são ligadas a instituições de ensino superior percussoras na Enfermagem, tendo em vista que seus PPGEnf possuem mais de trinta anos de fundação e dispõe de Grupos de Pesquisas na Educação em Enfermagem e Saúde que vem gerando desenvolvimento de estudos na área^{4,12}.

No que tange ao referencial metodológico, observou-se, neste estudo, que não houve consenso sobre a escolha. Essa característica está consonante a outro estudo bibliométrico que demonstra a variedade de métodos utilizados para abordar um mesmo fenômeno. Assim, evencia-se que o objeto de estudo pode ser trabalhado de diversas formas, colaborando ao processo de descoberta e descrição/análise da realidade. Ademais, chama-se atenção para a possibilidade de criatividade e técnicas não-convencionais dos autores ao desenhar o método¹³.

O tipo de estudo descritivo foi o mais utilizado nas teses e dissertações da amostra, o que sugere realidades estáticas, seccionais e objetivas. O desafio das pesquisas descritas é a possibilidade de omissão de detalhes que podem limitar a interpretação de dados. Portanto, identificou-se a necessidade de desenvolvimento de estudos analíticos, de abordagem quantitativa ou qualitativa, que possam abordar a EPS como fenômeno mais complexo na educação do trabalho.

Quanto aos cenários de estudo, os espaços assistenciais foram privilegiados para o desenvolvimento de pesquisas sobre EPS, consonante a assistência ter sido o processo de trabalho mais elencado na temática, conforme resultados dos documentos analisados, podendo estar vinculada à essência da profissão ser o cuidado direto ao usuário. Esse achado por ser explicado pela progressiva

expansão dos serviços de saúde no Brasil e programas e conteúdos de educação em saúde para os trabalhadores dos referidos serviços, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço de assistência, organização dos serviços e avaliação da qualidade institucional².

Na abordagem teórica aos objetos de pesquisa, destaca-se que a maioria das pesquisas não especificaram o referencial teórico utilizado, como também não se encontrou consenso sobre paradigmas teóricos e autores para discutir EPS. Esse achado aponta para a fragilidade com a qual ainda se desenvolve o rigor metodológico das investigações na enfermagem e em outras disciplinas acadêmicas jovens⁴, principalmente ao utilizar abordagens qualitativas, que necessitam em seus resultados da localização paradigmática do fenômeno, afim de alcançar a confiabilidade do mundo externo. Tal situação pode estar relacionada também a fragilidade de fundamentação teórica das pesquisas.

Considerando os relatórios que apontaram o referencial adotado, a Educação Problematizadora (EP) esteve destacada dos demais, como também apresentou o educador Paulo Freire como principal idealizador. Contudo, ressalta-se que os referenciais Teoria da Libertação, Educação crítico-reflexiva, Prática Educativo-crítica e Concepção dialógica podem ser consideradas congêneres e sustentadas pelos pressupostos teóricos do mesmo autor da EP.

Essa escolha pode justificar-se, possivelmente, pelo aspecto prescritivo da EPS na PNEPS que, mesmo diante da variabilidade conceitual adotada por diversos autores acadêmicos, sugere a adoção de referenciais construtivistas como caminho para transformação do SUS através da aprendizagem significativa e problematização¹⁴.

O horizonte formativo do referencial em apreço se propõe com a transformação da realidade social – sendo a atividade laboral um ato do micros espaço social, comprometendo-se com a desalienação do trabalho e enfrentamento da dominação e exploração, superando posturas deterministas, mecânicas e ideológicas da educação bancária, opressora e capitalista. Assim, almeja-se uma educação politicamente definida e possibilita diante das contradições sociais do trabalho em saúde, entendendo que o homem é um ser de práxis, que emerge no mundo por meio da ação e reflexão para conhecer e transformar seu trabalho¹⁵.

Outro referencial teórico adotado que merece destaque é a Teoria da Complexidade do sociólogo Edgar Morin, principal pensador da complexidade. Acredita-se que o uso desse referencial na EPS é devido à possibilidade de discussão da subjetividade e complexidade que permeiam os serviços de saúde, aplicado à prática gerencial e organizativa imbricada na EPS, a qual se baseia em um sistema adaptativo de

gestão autônoma. Como complexidade denota aquilo que foi decidido junto, esse referencial une elementos distintos, como o econômico, psicológico, sociológico e político, que são inseparáveis e norteiam a autonomia, cooperação e auto-organização na EPS^{16,17}.

Destarte, é importante considerar que as escolhas dos demais referenciais teóricos utilizados para abordar os objetos e fenômenos pesquisados apresentaram-se de acordo com a complexidade e nuances da EPS, uma vez que se apropriaram de conhecimentos da cognição social (Teoria das Representações Sociais) e interpretação das ações humanas (hermenêutica), convergentes com umas práxis educativas libertadoras e focado no mundo vivido.

No que tange aos descritores indexadores dos resumos nos relatórios e a similitude desses entre si, uma ligação paradoxal e conceitual foi encontrada entre educação permanente em saúde e educação continuada como uma ação da enfermagem. Além disso, observa-se que, estruturalmente, a enfermagem utiliza-se desse conhecimento na assistência à saúde, com dimensão na estratégia saúde da família enquanto política fundamental do SUS.

Conceitualmente, no que se pode referir sobre o processo de trabalho da enfermagem, o conceito de educação continuada (EC) tem se confundido com o de EPS. Esses dois conceitos são os que, junto à educação em serviço, tem se evidenciado na literatura como denominações ora como assuntos semelhantes, ora com marcantes diferenças conceituais. Essas terminologias denotam um obstáculo de concordância para a educação no trabalho em enfermagem².

O número reduzido de teses e dissertações de enfermagem que foram localizadas ou recebidas em texto completo para análise e que abordaram a EPS pode responder a limitação metodológica deste estudo documental. Essa limitação pode relacionar-se a opção dos autores de só pesquisarem no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES e de utilizarem apenas uma palavra-chave para buscar um termo. Ou ainda, por motivo das secretarias do PPGEnf's não anexarem os relatórios no cadastro da Plataforma Sucupira, que alimenta o Catálogo.

Destacam-se pontos importantes que dificultaram a seleção da amostra: escassez de informações nos resumos; teses e dissertações mais antigas que não estavam disponíveis na íntegra na Plataforma Sucupira nem nos Repositórios online e o crescente número de relatórios que não elucidaram os referenciais teóricos que sustentaram a discussão e argumentação.

A pesquisa aos documentos buscou verificar, principalmente, a elaboração dos relatórios de pesquisa e o escopo teórico-metodológico nas pesquisas de enfermagem, estimulando a importância de produções de qualidade como conhecimento para a ciência, bem como para a disciplina da Enfermagem, com a finalidade de colaborar na continuidade do seu melhor desenvolvimento no âmbito da Educação Permanente em Saúde.

CONCLUSÃO

A produção de teses e dissertações de enfermagem sobre educação permanente em saúde apresentou-se emergente e contributiva para o campo de conhecimento. No entanto, observou-se lacunas teóricas, fragilidade na redação e organização científica dos relatórios de pesquisas em PPGEnf's e que não há consenso quanto a abordagem do tema. Por último, verificou-se que a estratégia EPS necessita ser consolidada em outras regiões para que superem o eixo sul/sudeste. Sugere-se realização de novos estudos em outras bases de dados e que alcancem o tema em cenários internacionais da enfermagem.

Contribuições dos autores:

GWSS, BCOS, ESOD participaram das etapas: concepção e/ou desenho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica; revisão final. SMM, ARF, JBLC e CNV participaram da análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica; revisão final.

Agradecimentos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior.

REFERÊNCIAS

- Cardoso ML, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RM. A política nacional de educação permanente em saúde nas escolas de saúde pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(5):1489-500.
- Azevedo IC, Silva GW, Vale LD, Santos OG, Cassiano AN, Morais IF, et al. Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: revisão integrativa de literatura. *Saúde Pesqui*. 2015;8(1):131-40.
- Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ Saúde*. 2008;6(3):443-56.
- Silva RS. Pós-graduação e a pesquisa em enfermagem na América Latina: avanços e desafios. *Rev Cuid*. 2015;6(2):1019-21.
- Fagundes NC, Rangel AG, Carneiro TM, Castro LM, Gomes BS. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. *Rev Enferm UERJ*. 2016;24(1):e11349.

6. Lavich CR, Terra MG, Mello AL, Raddatz M, Arnemann CT. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(1):e62261.
7. Miccas FL, Batista SH. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(1):170-85.
8. Gorbea Portal S. Una nueva perspectiva teórica de la bibliometría basada en su dimensión histórica y sus referentes temporales. *Investig Bibl.* 2016;30(70):11-6.
9. Erdmann AL, Fernandes JD, Teixeira GA. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. *Enferm Foco.* 2011;2 (Supl):89-93.
10. Silvino ZR. Dez anos de mestrado profissional em enfermagem assistencial da Universidade Federal Fluminense. *Online Braz J Nurs.* 2013;12(Supl):574-7.
11. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. Documento de Área 20 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2016 [citado 2018 Dez 5]. Disponível em: https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/20_enfe_docarea_2016.pdf
12. Silva MJ, Sousa EM, Freitas CL. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(2):315-21.
13. Santos JG, Erdmann AL, Sousa FG, Lanzoni GM, Melo AL, Leite JL. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. *Esc Anna Nery.* 2016;20(3):e20160056.
14. Lemos CL. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(3):913-22.
15. Pitano SC. A. Educação problematizadora de Paulo Freire, uma pedagogia do sujeito social. *Inter-Ação.* 2017;42(1):87-104.
16. Amestoy SC, Schweitzer MC, Meirelles BH, Backes VM, Erdmann AL. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):383-7.
17. Folloni A. Introdução à teoria da complexidade. Curitiba: Juruá; 2016.

ENSINO-APRENDIZAGEM NA DISCIPLINA DE GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR

Deise Ferreira de Souza¹

Érica Brandão de Moraes¹

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente¹

Zenith Rosa Silvino¹

Pedro Ruiz Barbosa Nassar¹

Cristina Lavoyer Escudeiro¹

Maritza Consuelo Ortiz Sanchez¹

Larissa Dantas Matias Delgado¹

<https://orcid.org/0000-0002-4294-9957>

<https://orcid.org/0000-0003-3052-158X>

<https://orcid.org/0000-0003-4488-4912>

<https://orcid.org/0000-0002-2848-9747>

<https://orcid.org/0000-0002-9238-0519>

<https://orcid.org/0000-0001-8920-5245>

<https://orcid.org/0000-0002-6123-9846>

<https://orcid.org/0000-0002-9318-2100>

Objetivo: Apresentar a metodologia de ensino desenvolvida com os alunos da disciplina teórico-prática Gerência de Enfermagem no Contexto Hospitalar, e destacar os resultados positivos e os fatores que dificultam seu desenvolvimento e interferem no processo de aprendizado dos alunos.

Métodos: Estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, realizado no ano de 2019, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

Resultados: A vivência da disciplina de gerência proporciona ao acadêmico de enfermagem o desenvolvimento de diferentes habilidades e competências imprescindíveis à sua formação, estimulando sua autonomia, responsabilidade, liberdade, criatividade, compromisso, domínio da prática e de seu papel social, além do aprofundamento e contextualização dos conhecimentos, adquiridos durante a sua formação acadêmica e observam diretamente a forma de atuar do enfermeiro.

Conclusão: A experiência demonstra que há um bom aproveitamento em decorrência da integração ensino-serviço, que proporciona uma multiplicidade de ações assistenciais e gerenciais, passíveis de intervenções de diversa natureza e isso estimula os alunos e professores a buscarem contribuir com a organização da unidade e com ferramentas que auxiliem o processo de trabalho do enfermeiro e sua equipe, assim como incitar enfermeiros quanto a necessidade de constante aprimoramento em cursos formais e na sua prática que qualifiquem suas ações.

Descritores: Ensino de enfermagem; Administração; Prática profissional

TEACHING-LEARNING IN THE NURSING MANAGEMENT DISCIPLINE IN THE HOSPITAL CONTEXT

Objective: To present the teaching methodology developed with the students of the theoretical-practical discipline Nursing Management in the Hospital context, and to highlight the positive results and the factors that hinder their development and interfere in the students' learning process.

Métodos: Qualitative study, of the type of experience report, carried out in 2019, at the School of Nursing of Federal Fluminense University.

Results: The experience of the management discipline provides the nursing student with the development of different skills and competencies essential to their training, stimulating their autonomy, responsibility, freedom, creativity, commitment, mastery of practice and their social role, in addition to deepening and contextualization of knowledge, acquired during their academic training and directly observe the way nurses act.

Conclusion: Experience shows that there is a good use due to the teaching-service integration, which provides a multiplicity of care and management actions, subject to interventions of different nature and this encourages students and teachers to seek to contribute to the organization of the unit and with tools that assist the work process of the nurse and his team, as well as encourage nurses as to the need for constant improvement in formal courses and in their practice that qualify their actions.

Keywords: Nursing education; Administration; Professional practice

ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LA DISCIPLINA DE ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Objetivo: Presentar la metodología de enseñanza desarrollada con los estudiantes de la disciplina teórico-práctica en la Gestión de la Atención de Enfermería en la Red Hospitalaria, resaltar los resultados positivos y los factores que dificultan su desarrollo e interfieren en el proceso de aprendizaje de los estudiantes.

Métodos: Estudio cualitativo, tipo informe de experiencia, realizado en el año de 2019, en la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal Fluminense.

Resultados: La experiencia de la disciplina de gestión proporciona al estudiante de enfermería el desarrollo de diferentes habilidades y competencias esenciales para su formación, estimulando su autonomía, responsabilidad, libertad, creatividad, compromiso, dominio de la práctica y su papel social, además de profundizar y contextualizar el conocimiento adquirido durante su formación académica y observar directamente la forma en que trabaja el enfermero.

Conclusión: La experiencia muestra que hay una buena utilización de la integración del servicio y la enseñanza, que proporciona una multiplicidad de acciones de atención y gestión, sujetas a intervenciones de diferente naturaleza y esto alienta a los estudiantes y profesores a buscar contribuir con la organización de la unidad, con herramientas que ayudan al proceso de trabajo del enfermero y su equipo y alientan a los enfermeros en cuanto a la necesidad de una mejora constante en los cursos formales y en su práctica que califiquen sus acciones.

Descriptores: Educación en Enfermería; Administración; Práctica profesional.

¹Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Érica Brandão de Moraes | Email: ericabrandao@id.uff.br

Recebido: 15/03/2020 - Aceito: 01/12/2020

INTRODUÇÃO

O campo da saúde utiliza conhecimentos científicos de diferentes áreas e a enfermagem, em particular, necessita de saberes principalmente no que tange a administração. O conhecimento da gerência de enfermagem ganha destaque na gestão do cuidar ou na gerência de serviços e organizações de saúde em diferentes cenários. Deve-se considerar também que a enfermagem está inserida nas instituições encarregadas pelo ensino, assistência, produção e circulação do conhecimento, onde a disciplina de administração ocupa espaço relevante e é uma disciplina que deve ser transversal ao longo da formação profissional e educação contínua do enfermeiro¹.

Destaca-se que Florence Nightingale foi precursora dos conhecimentos de administração em enfermagem no ambiente hospitalar, podendo-se considerar que a formação do *habitus* gerencial na profissão fundamentou-se, inicialmente, com a implantação da enfermagem moderna num ambiente de clara divisão do trabalho manual e intelectual.

Entende-se como *habitus* as formas de pensar agir dos profissionais que são naturalmente construídas a partir das normas/modelos institucionais que permeiam o campo social da saúde, estejam na posição de dominantes ou dominados, sejam elas advindas das organizações de formação ou de produção de serviços. No entanto, a partir dos valores e competências adquiridas, os agentes da saúde são capazes de transformar a realidade que se apresenta num movimento contínuo de ação-reflexão do contexto que estão inseridos e parcerias que estabelecem¹.

Com base na construção do saber e das possibilidades de reflexão, para além de discutir os conteúdos teóricos da gerência e sua aplicabilidade na prática, a utilização de metodologias inovadoras em sala de aula, possibilita a participação ativa dos alunos, assim como o ensino teórico-prático (ETP) é outra estratégia que possibilita o desenvolvimento de habilidades cognitivas, técnicas, mas também as sensíveis e intuitivas, para que os alunos possam lidar de forma positiva com a equipe de saúde, com pacientes e familiares e desenvolvam competências gerais e gerenciais, no sentido de observar para além do que se apresenta na construção do seu saber técnico e gerencial^{2,3}.

É preciso considerar também as exigências do mundo dos negócios que permeiam as organizações de saúde onde os alunos devem ser capazes de perceber as implicações que envolvem a segurança dos pacientes, a qualidade da assistência, tempo, custos e demandas cotidianas do cuidado direto e indireto, o que evidencia a importância da integração ensino-serviço, no que tange a formação dos

novos profissionais, tendo em vista a necessidade de inserção direta e vivência real do cotidiano⁴.

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se aí os gestores, cuja finalidade é a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços².

Nesse contexto, este estudo objetiva apresentar a metodologia de ensino desenvolvida com os alunos da disciplina teórico-prática de Gerência de Enfermagem no Contexto Hospitalar, destacar os resultados positivos e os fatores que dificultam seu desenvolvimento e interferem no processo de aprendizado dos alunos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, que aborda o contexto da disciplina Gerência de Enfermagem no contexto hospitalar nos campos de prática, considerada uma das estratégias de ensino que mais possibilita problematizar as diferentes situações junto aos alunos, enfermeiros, equipe e os professores, mas que também tem suas peculiaridades, em face de ser uma organização universitária.

O estudo foi desenvolvido no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, relatando-se a integração ensino-serviço realizada no estágio teórico prático da referida disciplina de Gerência no Hospital Universitário.

O relato de experiência apresentando compreende o período de janeiro a dezembro de 2019, que corresponde desde o planejamento da disciplina até a conclusão da mesma.

Docentes da disciplina de Gerência de Enfermagem no Contexto Hospitalar, alunos de graduação do 7º período de enfermagem, e enfermeiros gestores que são preceptores do Hospital Universitário.

Foram seguidas recomendações da resolução 466/12 e 510/16 do CONEP. O relato de experiência constitui uma atividade do serviço e não apresenta dados de sujeitos de pesquisa.

RESULTADOS

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN) e as competências gerenciais dos enfermeiros, apontam competências e habilidades a serem desenvolvidas na formação dos alunos e,

pode-se considerar que a maioria delas tem caráter gerencial. As DCNs definem princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação do profissional enfermeiro que deve adquirir experiência que favoreçam o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas à prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde³, mais voltadas nesse tópico às ações de cuidar.

As demais competências estão relacionadas à capacidade de tomar decisões, interagir com os profissionais de saúde, lidar com tecnologias de comunicação e informação, assumir a função de líder da equipe de enfermagem e de serviços de saúde, gerenciar a assistência e organizações de saúde, incluindo a força de trabalho e todos os recursos necessários³.

Percebe-se, portanto, que muitas das competências gerenciais do enfermeiro não podem estar desvinculadas da prestação do cuidado e, nesse sentido, os docentes da disciplina de Gerência de Enfermagem no Contexto Hospitalar se propõem a ressaltar junto aos alunos a relação entre gerenciar e cuidar, através de considerações e reflexões dos discentes que emergem do desenvolvimento do ensino teórico-prático da disciplina.

De acordo com os objetivos acima detalhados apresentaram-se os resultados considerando os três aspectos:

1. A Disciplina e seu desenvolvimento:

A disciplina de Gerência de Enfermagem no Contexto Hospitalar é de caráter obrigatório e integra o eixo III (as ciências aplicáveis aos saberes e fazeres do enfermeiro) do Currículo de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. É desenvolvida no 7º período com uma carga horária total de 90h, sendo 30h de aulas teóricas e 60h de ensino teórico-prático (ETP). Vale destacar que, no período anterior (6º período), os alunos cumprem também 90h de ensino de gerência em rede básica de saúde e os conteúdos teóricos se complementam aos que são ministrados no 7º período.

Durante as aulas teóricas são trabalhados com os alunos, por meio de aulas expositivas e metodologias ativas, temas básicos de administração e os que emergem na atualidade. As atividades práticas são desenvolvidas com quatro grupos de alunos, com média de 11 alunos por grupo, que permanecem em uma unidade do Hospital Universitário (HU) durante 12 dias, perfazendo 60h práticas.

2. A metodologia do ensino de Estágio Teórico-prático:

Inicialmente há um primeiro encontro e, após apresentação individual de cada aluno e professores, são mencionadas as expectativas quanto ao desenvolvimento da

disciplina e considerações sobre o relacionamento interpessoal com a equipe e pacientes/familiares, postura ética, responsabilidades, apresentação pessoal e aspectos relacionados à segurança do paciente e qualidade da assistência, liderança, gerenciamento dos recursos materiais, do potencial humano, negociação e resolução de conflitos, dentre outros.

Os alunos têm a oportunidade de escolher, dentre as unidades de internação do Hospital Universitário, aquela que tem mais afinidade, podendo atuar na maternidade, UTI neonatal, clínica médica masculina e feminina, clínica cirúrgica masculina e feminina, pediatria, hematologia, DIP, urologia e ortopedia, unidade coronariana ou em comissões como de padronização e tratamento de feridas, padronização de materiais médico-hospitalares, núcleo de segurança do paciente e do setor de imagens.

É apresentado aos alunos às formas de avaliação (autoavaliação, avaliação dos enfermeiros-preceptores e do professor-supervisor), com instrumento previamente conhecido por todos e, posteriormente, cada aluno estará sob supervisão direta do enfermeiro-preceptor, responsável pela unidade ou comissão, com acompanhamento contínuo do professor e monitores da disciplina. Mediante carta de apresentação, os alunos são dirigidos ao setor de escolha às 7 horas para receber o plantão junto aos enfermeiros e passam a desenvolver suas atividades com o coordenador da unidade ou das comissões de trabalho.

Ao final do estágio, os alunos apresentam os instrumentos relativos à sua frequência e a sua avaliação com assinatura do preceptor e o formulário com as ações diárias desenvolvidas que contribuíram para seu aprendizado e para qualificar e/ou facilitar a assistência e a gerência do setor. Durante as atividades práticas, alunos e enfermeiros-preceptores contam com a presença do professor-supervisor, que fica a par do empenho ou dificuldade de cada aluno e, juntos, tomam as providências que se adequam a cada situação. Assim, o aluno tem condições de conhecer possíveis fragilidades e corrigi-las e, da mesma forma, são enaltecidas suas potencialidades.

Ainda ao fim do estágio de cada grupo, o aluno realiza sua auto avaliação, contendo os mesmos itens avaliados pelos enfermeiros-preceptores e professor-supervisor e esse instrumento contempla o desempenho do aluno quanto a pontualidade e assiduidade, apresentação pessoal, comunicação oral, interesse, iniciativa, planejamento das atividades e registro. Cada item pontua de 1 a 4, sendo: 1- não atinge as exigências, 2- atinge pouco as exigências, 3- atinge satisfatoriamente as exigências, 4- atinge plenamente as exigências. Também no último dia de estágio,

cada aluno apresenta ao seu grupo e aos professores uma situação-problema, seguindo passos de outro instrumento da disciplina que orienta os alunos quanto as etapas sistematizadas que iniciam na identificação de problemas/fragilidades até a proposta de solução.

Dessa forma, o aluno elege um problema que identificou como significativo na unidade que estagiou e apresenta sua proposta resolutiva e, apesar do pouco tempo de estágio, muitos alunos conseguem colocar em prática suas proposições, visando à melhoria da organização da unidade e/ou da assistência e do processo de trabalho dos profissionais de variadas formas, seja como mapas, fluxos, instrumentos de padronização de cuidados, instrumento de orientação a visitantes/acompanhantes, planos de educação permanente, dentre outros.

Há casos que exigem ações a médio e longo prazo, e, dessa forma, a proposta é entregue por escrito ao preceptor de área que poderá dar continuidade a proposta, incluindo o próximo aluno que receberá para desenvolver o ETP.

3. Aspectos exitosos do Estágio Teórico-prático:

O estágio curricular, realizado durante a graduação em enfermagem, é um momento de intenso aprendizado, pois o aluno vivencia situações reais do dia-a-dia do trabalho do enfermeiro, em todos os níveis de atenção. O estágio está previsto na Resolução CNE/CES Nº 31, e deve abranger, no mínimo, 20% da carga horária total do curso³.

A vivência do estágio supervisionado proporciona ao acadêmico de enfermagem o desenvolvimento de diferentes habilidades e competências imprescindíveis à sua formação, estimulando sua autonomia, responsabilidade, liberdade, criatividade, compromisso, domínio da prática e de seu papel social, além do aprofundamento e contextualização dos conhecimentos, adquiridos durante a sua formação acadêmica e observam diretamente a forma de atuar do enfermeiro⁴.

O processo de ensino-aprendizagem estabelecido a partir da integração entre o ensino e o serviço através da inserção dos discentes no serviço de saúde pode induzir a novas formas de organização do trabalho em saúde, favorecendo uma melhor qualificação para o atendimento. Além disso, a relação de troca de saberes formada entre discentes, docentes, profissionais do serviço e usuários pode contribuir para a formação de um novo perfil de profissionais comprometidos com a qualidade na saúde e que atenda às reais necessidades da população⁵.

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde⁶, as modificações nas práticas de atenção requerem também mudanças na formação dos profissionais da área, pois para

melhorar a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde, é necessário alterar os modos de ensinar e aprender, rever as práticas educativas e seus reflexos nas ações e nos serviços⁷.

Como pontos relevantes, ressalta-se a tríade ensino-serviço-assistência que favorece não só ao aprendizado do aluno, mas a parceria estabelecida entre professores e enfermeiros assistenciais que aproxima a universidade de seu papel social. Neste sentido, a oportunidade de os profissionais do serviço terem cursado ou estarem cursando o mestrado profissional proporcionou aos enfermeiros condições de ingressar na pós-graduação stricto sensu, o que facilitou a compreensão dos processos de trabalhos de ensinar, assistir, gerenciar, pesquisar, que, embora distintos, se complementam.

Essa aproximação facilita a relação entre enfermeiros docentes e assistenciais e a consecução da disciplina, na medida em que os enfermeiros se sentem gratificados em estar com alunos enquanto preceptores e recebem uma contrapartida das ações desenvolvidas pelos alunos e professores. Outro aspecto refere-se à oportunidade do aluno estar aprendendo a gerenciar uma unidade sem a presença constante do professor o que lhe dá certa liberdade de ação ou autonomia, segundo seus depoimentos nas avaliações.

Os enfermeiros-preceptores, na maioria das vezes, não restringem a atuação do aluno somente à unidade de internação e os conduzem a reuniões com chefias onde eles têm oportunidade de experimentar outras situações, determinação de posições e tomada de decisão. Assim, a vivência do ensino teórico-prático da disciplina de gerência amplia a visão dos discentes que experimentam cuidar e gerenciar ao mesmo tempo, já que em ETP de disciplinas anteriores eles permanecem vinculados somente à assistência do paciente sem que se estabeleça vínculo com a gerência do cuidado.

A presença de jovens do curso de enfermagem nas unidades hospitalar propicia um movimento contínuo dos enfermeiros, pois o entusiasmo dos alunos e a vontade de contribuir com o campo de ensino é contagiante, na maioria dos casos. Por outro lado, os alunos constroem suas referências do enfermeiro que desejam ser, a partir de exemplos de muitos profissionais que atuam como preceptores e estão engajados e comprometidos com o ensino, com a equipe de saúde e pacientes.

4. Os fatores que dificultam o desenvolvimento do Estágio Teórico-prático:

No decorrer do processo de ensino, apresentaram-se algumas dificuldades, como a queixa dos alunos quanto ao curto tempo direcionado ao ETP e outras são percebíveis

pelo professor, pelos alunos e/ou enfermeiros preceptores. Em função de estar filiado à Rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH⁴, desde 2016, o capital humano do Hospital Universitário inclui servidores públicos federais, outros concursados pela EBSEH, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas, e alguns possuem contratos temporários, o que caracteriza carga horária e salários diferenciados, muitas vezes causam mal estar entre os membros da equipe de enfermagem, sendo necessário grande esforço da gerente da Unidade para construir três escalas de serviço, o que compõe mais uma ação gerencial em que os alunos participam dessa elaboração e contribuem na busca de soluções para minimizar esse conflito⁸.

Algumas vezes, os alunos não podem estar inseridos em determinadas unidades que estão sendo gerenciadas por profissionais recém-admitidos ou foram alocados temporariamente para cobrir férias do enfermeiro-gerente ou aposentadorias. Por sua vez, há enfermeiros que não aceitam receber o aluno, alegando sobrecarga de serviço ou ressentem-se ou tem receio de sejam de alguma forma avaliados por alunos e professores em suas ações.

Outro fator dificultador, refere-se ao desenvolvimento da assistência propriamente dita, já que nem todas as unidades têm a sistematização da assistência (SAE) implantada, instrumento fundamental para a gerência do cuidado direto. Por parte dos alunos, considera-se que nem todos tem aptidão para gerência, ou trazem uma compreensão equivocada sobre o papel do enfermeiro enquanto gestor, não percebendo a importância do mesmo desenvolver o cuidado direto, ficando envolto a papeis e procedimentos burocráticos^{9,10}.

No entanto, o compromisso e dedicação de cada aluno são diferenciados, cabendo ao professor estar atento aos discentes, observando seu perfil, habilidades, conhecimento, postura e ética para lidar com as diferentes situações, assim como ser um condutor de suas ações, orientando e oferecendo os subsídios que forem necessários.

O cuidado integral, portanto, é uma construção gradual e ocorre a partir de relações e reformulação de modelos unidimensionais, que requer a integração ensino-serviço. Para tal, é necessário associar o conhecimento e a prática para disseminação e aplicabilidade, imprescindível à abordagem desde a formação acadêmica¹¹.

Há dificuldades na compreensão da transversalidade dos conteúdos de gerência na formação do enfermeiro por parte de outros docentes que não são da área, embora nas oficinas de discussão de currículo e do Núcleo Docente Estruturante (NDE) se busque estratégias de integração dos docentes das diferentes disciplinas que envolvem a assistência e ambiente de ensino.

Os professores de administração estão vinculados a um dos três departamentos de ensino existentes na Escola de Enfermagem da Universidade e torna-se muito complexo desenvolver atividades integradas aos outros departamentos/disciplinas, num currículo que na teoria, se baseia em competências, mas ainda está funcionando na prática com as disciplinas isoladas. Tal fato não é específico da gerência, visto que se percebe a falta de incorporar outros temas transversais como os preceitos da ética, legislação, metodologia e educação no desenvolvimento das demais disciplinas. Entende-se que o Hospital Universitário é uma instituição pública de ensino, assistência e pesquisa, cenário que ainda precisa ser explorado pelos docentes e alunos, apesar de todas as dificuldades por que passam esses hospitais ao longo de décadas.

A reflexão acerca das questões inerentes à formação em saúde, certamente oferece contribuições para a melhoria dos processos de formação, tanto no que tange aos novos profissionais, quanto na formação permanente dos trabalhadores dos hospitais de ensino.

CONCLUSÃO

A experiência demonstra que há um bom aproveitamento em decorrência da integração ensino-serviço, que proporciona uma multiplicidade de ações assistenciais e gerenciais, passíveis de intervenções de diversa natureza e isso estimula os alunos e professores a buscarem contribuir com a organização da unidade e com ferramentas que auxiliem o processo de trabalho do enfermeiro e sua equipe, assim como incitar enfermeiros quanto a necessidade de constante aprimoramento em cursos formais e na sua prática que qualifiquem suas ações. Em relação a mudanças no ensino propriamente dito, esse engajamento propicia a realização de um maior número de capacitações e discussões entre docentes e trabalhadores, tendo em vista a metodologia de problematização na prática docente-assistencial. Adicionalmente, torna-se evidente uma maior participação dos profissionais do serviço no planejamento das estratégias pedagógicas nos cenários de prática. Entende-se, portanto, que em função de várias ações colocadas em prática, como resultado da integração ensino-serviço, ocorre uma provocação positiva no ânimo e no comportamento dos trabalhadores, bem como na formação de competências do aluno. Isso, certamente, repercute nas relações entre os enfermeiros do hospital com os estudantes e docentes da instituição. Evidencia-se o desenvolvimento de competências para a liderança, gestão de pessoas e relações interpessoais durante a formação, pois esses aspectos apareceram como elementos importantes na integração ensino-serviço, e destaca-se que é

uma ferramenta essencial para obter sucesso na formação dos futuros enfermeiros.

Contribuições dos autores:

DFS, EBM e GSCV participaram das etapas de concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo,

revisão crítica e revisão final. ZRS, PRBN, CLE, MCOS e LDMD participaram das etapas de redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

Agradecimentos:

À Universidade Federal Fluminense.

REFERÊNCIAS

1. Souza DF, Silvino ZR. The sociology of Pierre Bourdieu: theoretical potential for the subfield of nursing. *Rev Bras Enferm.* 2018 ;71(4):2055-9.
2. Baldoino AS, Veras RM. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. *Rev Esc Enferm USP.* 2016 ;50(Spe):17-24.
3. Ministério da Educação. 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. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
4. Souza RV, Alves LC, Barra LL, Fernandes LM, Salgado PO, Viegas SM. Imagem do enfermeiro sob a ótica do acadêmico de enfermagem. *Enferm Foco.* 2017;8(1):47-51.
5. Restellato MT, Dallacosta FM. Vivências do acadêmico de Enfermagem durante o estágio com supervisão indireta. *Enferm Foco.* 2018;9(4):34-8.
6. Ministério da Educação. Hospitais Universitários Federais. Hospital Universitário Antonio Pedro - HUAP-UFF: história [Internet]. 2020 [citado 2020 Mar 14]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huap-uff/historia>
7. Santos AT, Oliveira CB, Passos MC, Andrade AS, Gallotti FC. Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: visões e vivências do acadêmico de Enfermagem. *Enferm Foco.* 2019;10(1):122-6.
8. Vasconcelos AC, Stedefeldt E, Frutuoso MF. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface (Botucatu).* 2016 ;20(56):147-58.
9. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: orientações para o curso [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 2005 [citado 2020 Mar 15]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_unidade_trabalho.pdf
10. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(9):2949-60.
11. Brehmer LC, Ramos FR. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm.* 2014;16(1):228-37.

ARTIGO 14 - RELATO DE EXPERIÊNCIA

CAPACITAÇÃO EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA CUIDADORES DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Géssica Louzada Caires^{1,2}

Ricardo Bruno Santos Ferreira^{1,3}

<https://orcid.org/0000-0001-6409-2870>

<https://orcid.org/0000-0003-0614-4817>

Objetivo: Relatar a experiência da capacitação de cuidadores de pacientes com insuficiência renal crônica acerca do suporte básico de vida a partir da metodologia da problematização.

Métodos: Trata-se de um relato de experiência de uma capacitação desenvolvida com 15 cuidadores de pacientes com Insuficiência Renal Crônica no mês de junho de 2018. Para atender ao método da problematização propusemo-nos a utilizar o Arco de Manguerez através de quatro etapas: observação da realidade, levantamento de pontos-chave, teorização e aplicação à realidade.

Resultados: Utilizou-se de estratégias como roda de conversa, entrevista semiestruturada, capacitação com simulação prática de reconhecimento da parada cardiorrespiratória e manobras de ressuscitação cardiopulmonar, com avaliação posterior da atividade desenvolvida. A capacitação proporcionou a difusão de um conhecimento essencial para pessoas que gerenciam o cuidado de pacientes com doenças crônicas, como a Insuficiência Renal Crônica, que podem evoluir para situação de parada cardíaca.

Conclusão: A problematização possibilitou que os cuidadores participassem do processo educativo como sujeitos ativos, extrapolando a condição de expectadores.

Descritores: Insuficiência renal crônica; Educação em saúde; Reanimação cardiopulmonar; Urgência e emergência; Cuidadores; Suporte básico de vida

TRAINING IN BASIC LIFE SUPPORT FOR CAREGIVERS OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY INSUFFICIENCY

Objective: To report the experience of training caregivers of patients with chronic renal failure about basic life support based on the problematization methodology.

Methods: It is an experience report of a training developed with 15 caregivers of patients with Chronic Renal Failure in June 2018. To meet the problematization method, we proposed to use the Arco de Manguerez through four stages: observation of reality, survey of key points, theorization and application to reality.

Results: Strategies such as conversation wheel, semi-structured interview, training with practical simulation of cardiopulmonary arrest recognition and cardiopulmonary resuscitation maneuvers were used, with subsequent evaluation of the activity developed. The training provided the dissemination of essential knowledge for people who manage the care of patients with chronic diseases, such as Chronic Renal Failure, who can progress to cardiac arrest.

Conclusion: The problematization made it possible for caregivers to participate in the educational process as active subjects, extrapolating the condition of spectators.

Keywords: Chronic renal insufficiency; Health education; Cardiopulmonary resuscitation; Urgency and emergency; Caregivers; Basic support of life

CAPACITACIÓN EN APOYO BÁSICO DE VIDA PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Objetivo: Relatar la experiencia de la formación de cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica sobre soporte vital básico con base en la metodología de problematización.

Métodos: Es un relato de experiencia de una formación desarrollada con 15 cuidadores de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en junio de 2018. Para conocer el método de problematización, se propuso utilizar el Arco de Manguerez a través de cuatro etapas: observación de la realidad, levantamiento de puntos clave, teorización y aplicación a la realidad.

Resultados: Se utilizaron estrategias como rueda de conversación, entrevista semiestruturada, entrenamiento con simulación práctica de reconocimiento de parada cardiopulmonar y maniobras de reanimación cardiopulmonar, con posterior evaluación de la actividad desarrollada. La formación brindó la difusión de conocimientos esenciales para las personas que manejan la atención de pacientes con enfermedades crónicas, como Insuficiencia Renal Crónica, que pueden progresar a parada cardíaca. **Conclusión:** La problematización posibilitó que los cuidadores participaran en el proceso educativo como sujetos activos, extrapolando la condición de expectadores.

Descriptor: Insuficiencia renal crónica; Educación em salud; Reanimación cardiopulmonar; Urgencia y emergencia; Cuidadores; Soporte básico de vida

¹Estratégia de Saúde da Família, Tanque Novo, BA, Brasil.

²Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

³Hospital do Rim de Guanambi, Guanambi, BA, Brasil.

Autor correspondente: Ricardo Bruno Santos Ferreira | Email: ricardobrunoenf@gmail.com

Recebido: 26/04/2020 - Aceito: 14/12/2020

INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica mundial tem sido acompanhado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Atualmente, as DCNT são responsáveis por cerca de 60% das mortes em todo mundo, afetando cerca de 35 milhões de pessoas anualmente, com destaque para as doenças cardiovasculares¹.

No Brasil, dados epidemiológicos apontam que dentre as doenças cardíacas, a insuficiência cardíaca e o infarto agudo do miocárdio foram as principais causas de morte em 2014². Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de 2013 a 2018 houveram 6.812.458 internações por doenças do aparelho circulatório, apresentando o tamanho do problema de saúde pública brasileiro³.

Os principais fatores de risco para acometimento das doenças cardiovasculares são a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM). Entretanto, além dessas patologias, a insuficiência renal crônica (IRC) também vem sendo apontada como uma causa importante de acometimento de eventos cardiovasculares¹.

A IRC é o estágio final da doença renal crônica (DRC), reconhecida quando os rins não conseguem manter a homeostase do corpo. Quando instalada, faz-se necessário que o paciente realize uma terapia renal substitutiva para controle dos distúrbios hidroeletrólíticos⁴.

Por conta da complexidade do quadro, é comum que ocorra episódios de urgência e emergência no cuidado ao paciente com IRC nos ambientes intra e extra-hospitalar, como hipo e hipertensão, disfunção neurológica e cardíaca aguda, bem como hipoxemia, hiperpotassemia e arritmias, podendo evoluir para parada cardiorrespiratória (PCR)⁴.

Diante disso, o cuidador do paciente com IRC possui um importante papel, uma vez que desenvolve ações de gerenciamento do cuidado no domicílio. Nota-se que se trata de uma tarefa difícil, visto que exige adaptações e competências relacionais, cognitivas e psicomotoras que demandam estratégias de cuidado bem elaboradas⁵.

O profissional de enfermagem se insere nesse contexto através da orientação ofertada, da construção de planos de ensino e cuidado, além de educação permanente a partir do reconhecimento das necessidades do cuidador e do paciente⁵. Essa orientação envolve, por exemplo, a capacitação para assistência ao paciente inicial em situações de emergência, como na PCR, uma vez que a inabilidade do cuidador pode dificultar a prestação de socorro ou provocar o agravamento do quadro.

Esse atendimento inicial, denominado de Suporte Básico de Vida (SBV) tem a finalidade de garantir a assistência até

a chegada de uma equipe especializada. Quando executado de maneira correta e rápida, o SBV diminui a mortalidade e aumenta a sobrevivência das vítimas⁶.

Nesse sentido, o estudo se justifica pela necessidade dos cuidadores de compreenderem as técnicas de SBV, uma vez que estão em contato contínuo e direto com pacientes de grande potencial de gravidade, o que implica em maiores riscos de complicações, como a PCR.

A enfermagem, através das ações de educação em saúde, se insere nesse contexto com a responsabilidade de verificar como são desenvolvidas as manobras de SBV, identificar as falhas no atendimento de emergência realizado pelos cuidadores, e, através de uma abordagem problematizadora, balizada na realidade concreta vivenciada por eles, capacitá-los para uma assistência correta e segura.

Nessa ótica, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência da capacitação de cuidadores de pacientes com insuficiência renal crônica acerca do suporte básico de vida a partir da metodologia da problematização.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de uma capacitação em SBV utilizando a metodologia da problematização em todas as etapas, desde o levantamento da problemática, a coleta de dados, a construção da intervenção e a avaliação.

A Metodologia da Problematização (MP) tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde como uma estratégia de ensino, pois permite que os pesquisadores iniciem o processo de construção do conhecimento partindo da realidade observada, de forma mais ampla e profunda, permitindo a sua participação ativa no processo de aprendizagem, uma vez que se trata de situações vivenciadas rotineiramente⁷.

Para atender a MP, propusemo-nos a utilizar o Arco de Manguerez, através de quatro etapas do arco: observação da realidade, levantamento de pontos-chave, teorização e aplicação à realidade⁷.

A observação da realidade foi realizada através de uma roda de conversa. A segunda etapa, levantamento dos pontos-chave, foi construída mediante entrevista semiestruturada. Posteriormente, deu-se início a teorização, com vasta busca na literatura e apresentação teórica sobre SBV a partir da realidade dos cuidadores. Por fim, durante a última etapa, aplicação à realidade, foi realizada a simulação prática de atendimento a pessoas em PCR, seguida de aplicação de roteiro de avaliação.

A problemática foi levantada a partir das necessidades de um Hospital do Rim, referência em tratamento de pessoas com IRC no Território Sertão Produtivo da Bahia, que

abarcam 19 municípios e contingente populacional de mais de 460 mil pessoas⁸. A referida unidade atende atualmente 240 pacientes de toda microrregião.

A capacitação foi realizada na unidade hospitalar, em sala reservada, por meio de oficina. Foram utilizados recursos de multimídia (slides e datashow) para a etapa de apresentação teórica e bonecos manequins para simular as manobras de RCP.

As intervenções realizadas durante todas as etapas do estudo ocorreram no mês de junho de 2018.

Participaram da capacitação 15 cuidadores de pacientes com IRC. Desses, 12 (80%) eram mulheres, enquanto apenas 3 (20%) eram homens. Com relação à escolaridade, 8 (53,3%) possuem nível fundamental incompleto, 4 (26,6%) possuem nível fundamental completo e apenas 3 (20%) completaram o ensino médio.

O processo de capacitação aconteceu com o apoio da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Trauma e Emergências, vinculada ao curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia.

O estudo atendeu a todos os dispositivos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que versa acerca dos aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia com número de CAAE 81195917.6.0000.0057.

OBJETIVO DA EXPERIÊNCIA

Dado o risco elevado de evento cardiovascular nos pacientes com IRC, a experiência teve como objetivo central capacitar os cuidadores de pacientes com insuficiência renal crônica acerca do suporte básico de vida a partir da metodologia da problematização.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Primeira etapa: observação da realidade e elaboração da situação problema

Na primeira roda de conversa, foi apresentado aos participantes o tema, o objetivo e a metodologia do estudo. Além disso, foi utilizado recursos audiovisuais para apresentação de situações hipotéticas de urgência e emergência vivenciadas por pessoas com IRC que poderiam resultar em uma PCR, tais como: hiperpotassemia, dispneia intensa, hipo e hipertermia e sinais e sintomas de infarto agudo do miocárdio⁹.

Posteriormente, os cuidadores foram motivados a explicar suas vivências, experiências e dúvidas acerca das situações supracitadas. Esta primeira etapa auxiliou na observação da realidade.

O espaço teve duração de 40 minutos e foi norteado pelas necessidades elencadas pelo Hospital acerca da alta incidência de PCR e pouca abordagem acerca do SBV com os cuidadores, algo consolidado pelas discussões levantadas.

Segunda etapa: identificando os pontos-chave

Após a roda de conversa inicial, foi realizada uma entrevista semiestruturada, na qual foram identificados os pontos-chave para a oficina de capacitação. A entrevista contou com os seguintes questionamentos: Como o senhor(a) age em uma situação de emergência? Qual o número para acionar o serviço móvel de urgência (SAMU)? Como identificar uma parada cardíaca? O que se deve fazer quando uma pessoa está em parada cardíaca?

Através da entrevista constatou-se que apesar de desempenharem o papel de cuidador, os mesmos não possuem conhecimento acerca do SBV. Além disso, nenhum dos quinze participantes soube informar como acionar o SAMU.

Nesse contexto, a partir dos dados obtidos foi possível identificar os seguintes pontos-chave: desconhecimento acerca da atuação de cuidadores (pessoas leigas) em situações de urgência emergência; desconhecimento acerca do acionamento correto do SAMU e assistência de pessoas leigas em situações de parada cardiorrespiratória.

A partir da identificação dos pontos chave foi possível iniciar a etapa seguinte do Arco de Manguerez, no qual se necessitou de estudo intenso para resolução dos problemas dos pontos-chave elencados.

Terceira etapa: teorizando

A partir dos problemas identificados anteriormente, foi realizada um levantamento bibliográfico e a construção da etapa teórica de capacitação, com o tema “suporte básico de vida para cuidadores de pacientes com insuficiência renal crônica”.

Durante a capacitação foi discutido sobre a dinâmica do funcionamento dos serviços de urgência e emergência, acionamento correto do SAMU, avaliação da vítima e assistência sistematizada nas situações de parada cardiorrespiratória.

Para elaboração da capacitação foi utilizado as atualizações do Guideline publicado pela American Heart Association em 2015¹⁰, artigos indexados publicados em periódicos e livros acadêmicos.

Visando reduzir o tempo até a primeira compressão, foi orientado a iniciar as compressões torácicas antes de aplicar ventilações de resgate, seguindo a ordem do algoritmo C-A-B em vez de A-B-C, onde C significa compressão

cardíaca, A significa liberação de vias aéreas e B ventilação adequada¹⁰.

O diálogo possibilitou o compartilhamento de dúvidas sobre primeiros socorros, as quais foram discutidas e sanadas coletivamente, de forma participativa. Um dos principais questionamentos foi associado à necessidade de realização da respiração boca a boca durante o atendimento a pessoas com PCR.

Foi informado que a respiração boca a boca foi recentemente retirada da lista de obrigatoriedade durante a assistência ao paciente com PCR com a finalidade de tornar mais simples e mais fácil à qualidade de assistência no SBV. Compreende-se atualmente que as compressões ritmadas no tórax são tão eficazes quanto à respiração boca-a-boca que era intercalada com a massagem cardíaca¹¹.

Com isso, a discussão pautou-se na importância de manter a ênfase na compressão torácica com frequência e profundidade adequada. Além disso, foi discutido sobre a necessidade de permitir o retorno total do tórax após cada compressão, a necessidade de minimizar interrupções nas compressões e evitar ventilação excessiva. A velocidade recomendada para as compressões torácicas é de 100 a 120 compressões por minuto. As compressões devem ter profundidade entre 5 e 6 cm¹⁰.

Durante todo o momento os cuidadores foram incentivados a refletir acerca de possíveis situações problema, a realizar a análise da situação, a formar hipótese e sistematizar a solução. Essa participação ativa fez com que os cuidadores construíssem e elaborassem novas questões de aprendizagem e realizassem o compartilhamento e avaliação das habilidades adquiridas durante o processo.

Quarta etapa: aplicação à realidade

Para essa etapa, utilizou-se de diferentes estratégias para facilitar a compreensão e aplicação do conteúdo à realidade, tais como: explanação de reportagens e notícias com situações de PCR, dramatização de situações de parada cardiorrespiratória e simulações de atendimento com boneco de RCP, as quais permitiram aos cuidadores um conhecimento ampliado acerca do SBV.

Simulou-se a avaliação primária do paciente renal em PCR, segurança da cena, checagem de respostas da vítima, solicitação de ajuda e realização da reanimação cardiopulmonar mostrando o local correto do apoio das mãos, o número de compressões cardíacas por minuto e a profundidade.

A oficina foi um instrumento de aprendizagem dinâmico, no qual foi sendo ajustada à realidade dos cuidadores, que acomodaram seus conhecimentos prévios nas

diretrizes científicas, expuseram suas dúvidas e realizaram comentários.

Após a oficina foi aplicado um roteiro de avaliação acerca da capacitação ministrada. Observou-se uma percepção positiva sobre as práticas educativas onde todos os participantes afirmaram que a capacitação contribuiu para construção de um novo conhecimento.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

O domicílio é um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença, desde que sejam assistidos de forma correta. Assim, a experiência de cuidar de um doente em casa tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias¹².

O paciente com IRC requer cuidados complexos e por isso os cuidadores assumem um papel importante no processo do cuidar, visto que o cuidado não se limita às extensões hospitalares. Nesse sentido, é fundamental integrar o cuidador como corresponsável pela assistência, sobretudo em situações emergenciais, como a PCR fora do ambiente hospitalar⁵.

Na utilização da Metodologia da Problematização, o sujeito é levado a se voltar para a realidade que o cerca, refletir sobre ela e indagar as razões daquilo que lhe parece problemático. Portanto, esse método tem como ponto de partida a realidade do sujeito, o cenário no qual está inserido e onde os vários problemas podem ser vistos, percebidos ou deduzidos, de maneira que possam ser estudados em conjunto¹³.

Nesse contexto, a utilização do arco de Manguerez com cuidadores de pacientes com IRC trouxe como ponto de partida a observação da realidade a partir das necessidades elencadas pelo serviço de saúde, mas não se limitou a isso. De maneira ampla e atenta, buscou-se, com estratégias diversificadas, identificar o que precisava ser trabalhado, investigado, corrigido e aperfeiçoado. A partir dos aspectos verificados, foram elencados todos os problemas a serem estudados¹³.

Um dos maiores destaques da oficina foi à simulação prática com os cuidadores sobre a parada cardiorrespiratória e as manobras de Reanimação cardiopulmonar, visto que a PCR representa um grande desafio para os que a presenciam. Adota-se aqui o conceito de PCR como a cessação de atividades do coração, da circulação e da respiração, reconhecida pela ausência de pulso ou sinais de circulação, estando o paciente inconsciente⁶.

O sucesso no atendimento de uma PCR depende de contínuos treinamentos, com a aquisição de conhecimentos,

competências e habilidades suficientes para iniciar as manobras de RCP com efetividade. Esses fatores associados a harmonia e ao sincronismo de todos os envolvidos contribuem para a excelência do atendimento ao paciente em PCR².

Sendo assim, os treinamentos são de suma importância para os cuidadores tornem-se mais seguros e preparados para assumir as responsabilidades no cuidado, pois nem sempre estão capacitados para assistir pessoas em situações de urgência e emergência, como foi constatado na etapa do levantamento dos pontos chave.

No processo educativo, o objetivo principal é o fortalecimento da autonomia dos cuidadores no processo do cuidado, por isso, é importante considerar os saberes e as opiniões, como também agrupar os contextos das vulnerabilidades ambientais, sociais, culturais e emocionais.

Foi possível também desmistificar questões importantes como a respiração boca-a-boca, uma vez que a prática não é mais recomendada. Segundo estudiosos a respiração boca-a-boca constitui um fator preponderante para justificar a inércia das pessoas que abordam a vítima para prestar socorro imediato, além de não garantir benefício durante as manobras de reanimação¹¹.

Pontua-se ainda que educar em saúde é ir além da assistência curativa, priorizando ações preventivas e promocionais, reconhecendo os usuários dos serviços de saúde como sujeitos portadores de saberes e condições de vida.

Contudo, para garantir a eficácia da assistência prestada por pessoas leigas é necessário que as capacitações ocorram de forma periódica. Para isso, é fundamental o aumento do investimento público nos treinamentos em SBV, pois ainda há grande desconhecimento acerca de manobras básicas¹⁴.

A assistência deve ser balizada através do reconhecimento imediato da ausência de resposta, acionamento do serviço médico de emergência e início das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em pessoas inconscientes, nas situações de gasping ou respiração agônica, associado a ausência de pulso palpável. Porém, para que seja possível tal avaliação, o cuidador leigo necessita ter embasamento adequado¹⁴.

A capacitação produz a possibilidade de diagnóstico precoce e acesso rápido ao serviço de emergência, características diretamente relacionadas com a redução dos índices de mortalidade e aumento da sobrevida e qualidade de vida pós PCR/RCP¹⁵. Isso ratifica a importância do presente estudo, uma vez que a sobrevida das vítimas em situações de emergência depende da assistência rápida e eficaz do cuidador.

Acredita-se que o número de participantes foi o principal limitador do estudo, uma vez que, dado o perfil de morbimortalidade dos pacientes com IRC, a unidade hospitalar apresenta grande demanda para capacitação em SBV.

O estudo reafirma a importância da enfermagem nas ações de educação em saúde voltadas para a comunidade, tornando-os corresponsáveis pelo atendimento inicial de pessoas em situação de PCR.

Ademais, a utilização do método da problematização revela-se uma ferramenta importante, que pode guiar os profissionais para o desenvolvimento do processo educativo junto à população.

CONCLUSÃO

A capacitação em SBV proporcionou a difusão de um conhecimento essencial para pessoas que gerenciam o cuidado de pacientes com doenças crônicas, como a IRC. Através da assistência adequada, os cuidadores podem aumentar a sobrevida de pacientes com IRC em situação de PCR e reduzir as sequelas pós RCP. Para isso, os cuidadores foram orientados desde o acionamento do serviço móvel de urgência, ao reconhecimento da parada cardíaca e realização de manobras de reanimação cardiopulmonar. O estudo registrou positivamente a possibilidade de utilização da problematização como um importante método para o ensino do SBV, contribuindo para a formação de cuidadores críticos e reflexivos, através da construção de um processo educativo participativo, que colocou os participantes em uma posição que extrapola a condição de expectadores. A principal limitação encontrada foi o pouco tempo disponível pelos cuidadores para realização da capacitação, o que impossibilitou a inclusão de um maior quantitativo de participantes. Por isso, espera-se que o presente estudo possa ser utilizado como base para o desenvolvimento de novas pesquisas, com diferentes públicos leigos.

Contribuições dos autores:

Ricardo Bruno Santos Ferreira e Géssica Louzada Caires participaram da 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.

Agradecimentos:

À Liga Acadêmica de Trauma e Emergências da Universidade do Estado da Bahia, DEDC XII, Guanambi, pelo auxílio no processo de capacitação dos cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2020 Abr 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf
2. Silva JK, Conceição DM, Rodrigues GM, Dantas GS. Suporte básico de vida para leigos: relato de atividades extensionistas. *Rev Ciênc Ext*. 2017;13(1):190-203.
3. Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares do SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 Abr 25]. Disponível em: <http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>
4. Debone MC, Pedruncci ES, Candido MC, Marques S, Kusumota L. Diagnósticos de enfermagem em idosos com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):833-9.
5. Fernandes CS, Angelo M. Family caregivers: what do they need? An integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):672-8.
6. Carvalho LR, Ferreira RB, Rios MA, Fonseca EO, Guimarães CF. Fatores associados ao conhecimento de pessoas leigas sobre suporte básico de vida. *Enferm Act Costa Rica*. 2020;(38):163-78.
7. Berbel NA, Gamboa SA. A metodologia da problematização com o Arco de Magueréz: uma perspectiva teórica e epistemológica. *Filos Educ*. 2011;3(2):264-87.
8. Secretaria de Cultura do Estado da Bahia. Plano de Desenvolvimento Territorial Rural Sustentável e Solidário do Território Sertão Produtivo/Guanambi-BA [Internet]. Guanambi: SECUT; 2016 [citado 2018 Nov 28]. Disponível em: http://www.seplan.ba.gov.br/arquivos/File/politica-territorial/PUBLICACOES_TERRITORIAIS/Planos-Territoriais-de-Desenvolvimento-Sustentavel-PTDS/2018/PTDSS_2016_Sertao_Produtivo.pdf
9. Silva RM, Silva BA, Silva FJ, Amaral CF. Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016 ;28(4):427-35.
10. Destaques da American Heart Association: atualização das Diretrizes de RCP e ACE [Internet]. 2015 [citado 2020 Abr 25]. Disponível em: <https://www.portalenf.com/2015/10/destaques-da-aha-2015-guidelines-atualizacao-para-rcp-e-ace/>
11. Citolino Filho CM, Santos ES, Silva RC, Nogueira LS. Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: perception of nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(6):907-13.
12. Cattani RB, Girardon-Perlini NM. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Eletrônica Enferm*. 2004;6(2):254-71.
13. Borille CD, Brusamarello T, Paes MR, Mazza VA, Lacerda MR, Maftum MA. The application of the arch of problematization method in the data collection of a nursing study: experience report. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012;21(1):209-16.
14. Pergola AM, Araujo IE. The layperson in emergency situation. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):769-76.
15. Fernandes CR, Cavalcante SB, Pinheiro JA, Costa JV, Costa PL, Melo-Filho AA. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(2):253-60.

ESTRATÉGIAS E DESAFIOS DO ENSINO REMOTO NA ENFERMAGEM

Andressa da Silveira¹

Naiana Oliveira dos Santos²

Lais Antunes Wilhelm³

Keity Lais Siepmann Soccol²

Zaira Leticia Tisott⁴

Lisie Alende Prates⁵

<https://orcid.org/0000-0002-4182-4714>

<https://orcid.org/0000-0002-5439-2607>

<https://orcid.org/0000-0001-6708-821X>

<https://orcid.org/0000-0002-7071-3124>

<https://orcid.org/0000-0001-9489-3951>

<https://orcid.org/0000-0002-5151-0292>

Objetivo: Relatar as estratégias utilizadas por docentes de cursos de graduação em Enfermagem do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, e os desafios frente ao ensino remoto durante a pandemia pelo novo coronavírus.

Métodos: Relato de experiência desenvolvido por docentes de cursos de graduação em Enfermagem, sobre as estratégias utilizadas para o ensino remoto, em virtude do distanciamento social frente à pandemia do novo coronavírus.

Resultados: Em um curto período foi necessário adaptar o ensino por meio do uso de novas tecnologias digitais, a fim de proporcionar momentos significativos e que contribuíssem com a formação dos estudantes. Dentre os principais desafios está a dificuldade de acesso à internet pelos discentes, o que pode ocasionar na evasão e interferir na aprendizagem. Estratégias como o uso de tecnologias interativas mostraram-se como facilitadoras para o ensino remoto.

Conclusão: O desafio do docente no processo de ensino remoto está pautado na dificuldade do uso de novas tecnologias e no modo como deixar as aulas mais motivacionais, atrativas e significativas.

Descritores: Educação superior; Educação em enfermagem; Docentes de enfermagem; Prática do docente de enfermagem; Infecções por coronavírus

STRATEGIES AND CHALLENGES OF REMOTE TEACHING IN NURSING

Objective: Report strategies used by professors of undergraduate nursing courses in Rio Grande do Sul and Santa Catarina and the and the challenges facing remote education during the pandemic by the new coronavirus.

Methods: Experience report developed by professors of undergraduate nursing courses on the strategies used for remote education in virtue of social distance from the new coronavirus pandemic.

Results: In a short period it was necessary to adapt teaching through the use of new digital technologies, in order to provide meaningful moments that contribute to the training of students. Among the main challenges is the difficulty of students accessing the internet what can cause evasion and interfere with learning. Strategies such as the use of interactive technologies were shown to facilitate remote teaching.

Conclusion: The challenge of the teacher in the remote teaching process is based on the difficulty of using new technologies and on how to make classes more motivational, attractive and meaningful.

Keywords: Education higher; Education nursing; Faculty nursing; Nursing faculty practice; Coronavirus infections

ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA A DISTANCIA Y RETOS EN ENFERMERÍA

Objetivo: Informar las estrategias utilizadas por los profesores de cursos de enfermería en Rio Grande do Sul y Santa Catarina, y los desafíos que enfrenta la educación remota durante la pandemia por el nuevo coronavirus.

Métodos: Relato de experiencia desarrollado por profesores de cursos de enfermería de pregrado, sobre las estrategias utilizadas para la enseñanza a distancia, debido al distanciamiento social de la pandemia del nuevo coronavirus.

Resultados: En un corto periodo de tiempo fue necesario adaptar la enseñanza mediante el uso de las nuevas tecnologías digitales, con el fin de proporcionar momentos significativos que contribuyeron a la formación de los estudiantes. Entre los principales desafíos está la dificultad de acceso a Internet por parte de los estudiantes, lo que puede conducir a la evasión e interferir con el aprendizaje. Estrategias como el uso de tecnologías interactivas han demostrado ser facilitadoras de la enseñanza a distancia.

Conclusión: El desafío de los profesores en el proceso de enseñanza remota se basa en la dificultad de utilizar las nuevas tecnologías y cómo hacer que las clases sean más motivacionales, atractivas y significativas.

Descriptor: Educación superior; Educación en enfermería; Docentes de enfermeira; Práctica del docente de enfermeira; Infecciones por coronavirus

¹Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

²Universidade Franciscana, Santa Maria, RS, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil.

⁴Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

⁵Universidade Federal do Pampa, RS, Brasil.

Autor correspondente: Andressa da Silveira | Email: andressadasilveira@gmail.com

Recebido: 12/08/2020 - Aceito: 20/12/2020

INTRODUÇÃO

O ensino de Enfermagem aponta o caminho percorrido por diferentes marcos históricos de uma profissão que busca envolver diversas formas de teorização para a consolidação das práticas clínicas, sociais e antropológicas, ainda pautadas na visão biológica, hospitalocêntrica e reducionista do saber. Transcender o modelo tradicional de ensino requer estratégias inovadoras de se pensar na formação do enfermeiro, a fim de transformar e fortalecer a Enfermagem de modo científico¹.

Ao que se refere o processo formativo da Enfermagem, percebem-se transformações históricas na constituição da profissão na busca pelo reconhecimento. O modelo de formação tem raízes na feminização, predominância funcionalista e hierárquica, no qual a Enfermagem ocupava uma posição de submissão. A construção alinhada da ciência da Enfermagem requer conhecimento científico, teórico e prático como componentes curriculares essenciais para a formação do enfermeiro¹.

As transformações e avanços na Enfermagem remetem sobre a necessidade de mudanças no ensino e aprendizagem, nos quais é necessário refletir sobre a importância de se utilizar inovações nos âmbitos da educação e formação do enfermeiro. Neste sentido, as universidades têm um papel essencial para que futuros enfermeiros estejam aptos para atuar em diferentes contextos de saúde², com saberes específicos sobre diferentes cenários de prática, para que possa responder as demandas de saúde da população.

O ensino e a assistência de Enfermagem exigem que o enfermeiro seja capaz de liderar equipes, apresente visão global e interconectada com os avanços tecnológicos e culturais. Esse processo de dominar diferentes tecnologias, que acompanham o processo de inovação do ensino e assistência de Enfermagem, necessita de reorientações nos construtos teóricos e pedagógicos. Desta forma, percebe-se a importância de que a oferta de cursos de Enfermagem esteja adequada às realidades locais, com formação global, que contemple as disparidades sociais de um país em desenvolvimento³.

No que tange às realidades locais e a necessidade de preparar o profissional enfermeiro, com olhar amplo para os diferentes contextos de saúde, vivencia-se atualmente a situação da pandemia do novo coronavírus, no qual a manifestação de sua doença se caracteriza por uma Síndrome Gripal, designada por COVID-19 (Coronavirus Disease 2019). Essa nova realidade imposta à população mundial implica na possibilidade de criar estratégias para manter a continuidade do ensino e das relações sociais, visto que não é possível desenvolver o

ensino presencial, frente a necessidade de manter o distanciamento social⁴.

O distanciamento trouxe um sinal de alerta para as instituições de ensino, sobre a necessidade da manutenção do ensino-aprendizagem de modo remoto, utilizando dispositivos tecnológicos, a fim de contemplar os impactos negativos deste no espaço universitário⁵. O ensino remoto é uma abordagem conceitual frente a necessidade de continuar as atividades de ensino, mesmo diante da pandemia, utilizando tecnologias para a mediação das aulas teóricas, entre docentes e discentes, por meio de ambientes virtuais de aprendizagem⁶.

Os desafios do ensino remoto não se fazem presentes apenas pela dificuldade de acesso e restrições aos dispositivos tecnológicos, mas também estão atrelados aos fatores motivacionais dos estudantes e professores, na necessidade de contato físico, nas relações limitadas, nas dificuldades de interação entre o docente e o discente, tais fatores implicam no processo de ensino com qualidade⁷.

Este artigo objetiva relatar as estratégias de ensino utilizadas por docentes de cursos de graduação em Enfermagem do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, e os desafios frente ao ensino remoto durante a pandemia pelo novo coronavírus.

MÉTODOS

Relato de experiência sobre as práticas de ensino desenvolvidas a partir do uso de tecnologias para o ensino de Enfermagem, em virtude da necessidade de distanciamento social frente à pandemia do novo coronavírus.

O relato de experiência teve como cenário cinco instituições de ensino superior públicas e privadas, localizadas nos Estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, que passaram a utilizar o ensino remoto frente à necessidade de distanciamento social.

A partir de 16 de março de 2020, houve necessidade de adaptar o ensino de graduação em Enfermagem na modalidade presencial para o ensino remoto. Esse planejamento foi transformado pela necessidade emergencial de distanciamento social, impondo novas estratégias para a organização do ensino de Enfermagem. A realidade prática, as simulações e as aulas teóricas precisaram ser refletidas e ressignificadas, a fim de que os estudantes não fossem prejudicados e que o ensino fosse viável, a partir de atividades remotas, utilizando a tecnologia como elo de comunicação e ensino.

Os sujeitos envolvidos neste relato de experiência são seis docentes de Cursos de Enfermagem de Universidades dos Estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, com

vínculo de trabalho em instituições públicas e privadas. As docentes relatoras desta experiência pertencem aos núcleos de saúde da criança e do adolescente, saúde coletiva, saúde da mulher e saúde mental.

A fim de respeitar os aspectos éticos, o nome das instituições de ensino e dos municípios em que as universidades estão alocadas não foram mencionadas no relato. Em virtude do relato ter nexos com as práticas vivenciais das docentes. Para este estudo, foi dispensado o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de relato de experiência.

OBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA

Frente ao novo contexto imposto pela necessidade de distanciamento social, que inviabilizou as atividades de ensino no modo presencial, o relato de experiência objetivou apresentar as estratégias utilizadas por docentes de universidades públicas e privadas para o ensino remoto de Enfermagem, e relatar as possibilidades do uso de tecnologias para a comunicação e o ensino entre discentes e docentes.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

As práticas de Enfermagem têm enfoque no cuidado, na assistência, na promoção e na prevenção. Assim, a elaboração e o planejamento das disciplinas estão relacionadas as atividades teóricas e práticas, o que possibilita ao estudante vivenciar as práticas do cuidado em seus diversos contextos e cenários.

Desta forma, foi necessário organizar os planos de ensino e o planejamento das aulas, incorporando o uso de tecnologias na educação superior, o que exigiu dos docentes a utilização de novos recursos e conhecimentos específicos para as atividades no ambiente virtual. O processo de aprendizagem ocorre a partir da interação e da troca de saberes entre docentes e discentes, em que ambos se apropriam e elaboram conhecimentos em conjunto. Para além de uma prática cumulativa e/ou de memorização, a aprendizagem é uma ação sistematizada, balizada por métodos de ensino, estratégias didáticas e tecnologias educacionais⁸.

A continuidade das atividades de ensino, pesquisa e extensão foram mantidas pelas Instituições de Ensino Superior (IES) de forma remota, mantendo o vínculo entre docentes e discentes e com vistas a atender com agilidade e efetividade as demandas da formação acadêmica. As aulas não presenciais, utilizando o ensino remoto, com dispositivos virtuais, tornaram-se emergentes. Dessa forma, professores das mais diversas áreas do saber, com ênfase

na área da saúde constituída pelas raízes práticas e vivenciais, precisaram adaptar o ensino para este novo contexto. Neste sentido, é necessário considerar se existem conhecimentos prévios para utilizar as tecnologias no ambiente de ensino virtual, capacidade institucional para a oferta de dispositivos aos estudantes universitários, e os objetivos das aulas remotas durante a pandemia.

Tanto o ensino remoto como a educação à distância permitem a utilização de plataformas como o *Moodle* e *Google Classroom*, ou plataformas digitais propostas para outras finalidades, para a socialização, construção e compartilhamento de conhecimentos⁹. A atividade docente, pautada nas tecnologias, é um desafio, tendo em vista que, previamente à pandemia, esses recursos eram utilizados de forma incipiente ou com certa resistência por alguns docentes.

Embora os docentes reconheçam as potencialidades do uso das ferramentas tecnológicas no contexto educacional, alguns não possuem instrumentalização necessária para incorporá-las nas situações de ensino e aprendizagem, uma vez que a formação pedagógica, muitas vezes, não contempla a utilização de tecnologias digitais^{9,10}. Tal realidade, demandou que as IES propusessem capacitações voltadas para os docentes, com foco no manuseio desses dispositivos tecnológicos para fins pedagógicos¹⁰.

O uso das tecnologias digitais trouxe mudanças de perfis no ensino para as docentes, bem como demandas de capacitação em competências digitais. Este fato desvela que alguns docentes têm pouca prática de utilização de tecnologias digitais e que precisam ser instrumentalizados. Desta forma, as docentes realizaram cursos de inovação no ensino remoto, com o intuito de alcançar novas formas de ensinar e aprender, bem como, melhorias no uso de ferramentas já conhecidas e utilizadas em sua prática pedagógica, como por exemplo, a plataforma *Moodle*.

O docente ao realizar o processo educacional remoto, tem como desafio a aprendizagem colaborativa valorizando o saber de cada estudante da turma e sendo mediador da sala de aula no ambiente virtual. O uso das tecnologias digitais com finalidade pedagógica tem revelado práticas de ensino motivadoras, reflexivas, diversificadas, multisensoriais, dialógicas, colaborativas, interativas, dinâmicas e mais flexíveis aos horários e espaços geográficos. Portanto, quando utilizadas de maneira coparticipante e corresponsável por docentes e discentes, ultrapassando a perspectiva de educação bancária, as tecnologias podem qualificar as práticas de ensino, representando um meio de socializar o conhecimento e facilitar o aprendizado^{10,11}.

No que se refere ao processo de gestão do ambiente virtual de ensino remoto com os estudantes, as docentes

utilizaram aplicativos virtuais, grupos de disciplinas e núcleo de ensino, ambientes de aprendizagem virtual e *e-mail*. Esses dispositivos revelam a necessidade de diversidade e da flexibilização para o momento, para que o processo de ensino tivesse continuidade e maior adesão pelos discentes.

Na área da saúde, em especial nos cursos de Enfermagem, as práticas de ensino foram ponderadas diante desse novo contexto de tantas incertezas. Contudo, as premissas, diretrizes e leis da educação mantiveram-se preservadas, permitindo a inclusão de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), ou Tecnologias Educacionais Digitais (TED), e o uso de plataformas digitais no desenvolvimento das atividades^{10,11}.

Ainda, para as atividades de ensino remoto, as docentes organizaram-se a partir do plano de ensino das disciplinas, nos dias e horários previamente estabelecidos. A utilização de tecnologias, videoconferências, *lives* e reuniões virtuais foram essenciais no processo de ensino.

As estratégias utilizadas pelas docentes para o ensino remoto, foram por meio de podcast, atividades virtuais disponíveis na plataforma Moodle, Microsoft teams, Google Classroom e Google Meet com flexibilidade para a devolutiva, *lives* e aulas gravadas e disponíveis por tempo indeterminado, atividades de feedback do conteúdo no formato de Quiz por meio de formulários do Google Forms, disponibilização de leituras prévias aos encontros virtuais, desenvolvimento de mapas conceituais com uso de plataformas digitais, utilização de repositórios de Recursos Educacionais Abertos.

Essas estratégias mostram-se viáveis, o que torna o processo de ensino mais prazeroso, reduz as disparidades a partir da oferta de inclusão e acesso àqueles que não puderam ser contemplados. Todavia, se por um lado as docentes tiveram o intuito de flexibilizar as práticas de ensino e o sentimento de pertencimento institucional, por outro foi necessário resgatar as desigualdades sociais do Brasil, que diretamente impactam no processo de acesso aos diversos dispositivos utilizados. Desse modo, foi preciso considerar aqueles que, neste momento, não possuem recursos necessários, acesso à internet e, inclusive, recursos que possam mediar o processo de ensino e aprendizado.

No que diz respeito ao acesso aos recursos tecnológicos, como a utilização da internet e dispositivos, a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) de 2017, observa-se que 25,1% dos domicílios brasileiros não possuem acesso à internet, o que pode ser justificado aos custos financeiros elevados, necessidade de manutenção e, muitas vezes, por não saberem utilizar o

recurso. Apenas, 43,4% dos domicílios brasileiros possuem computadores pessoais e 13,7% *tablets*, sendo que 93,2% dos destes têm pelo menos um aparelho de telefone móvel. A forma de acesso à internet mais recorrente é por meio do uso do celular. Todavia, a distribuição desses dispositivos nem sempre é igualitária, pois 16% da população brasileira não utiliza esses dispositivos tecnológicos¹².

Neste contexto, pensar sobre a redução das desigualdades, sobretudo de estudantes com vulnerabilidades sociais, é uma estratégia que pode reduzir a evasão nas universidades. Assim, algumas possibilidades precisam ser viabilizadas para aqueles que, neste momento, podem utilizar recursos tecnológicos e, também, aos que não podem acompanhar a continuidade do ensino. Além dos recursos tecnológicos, ainda existem as especificidades relacionadas à saúde mental e à rotina dos discentes que precisam ser levadas em consideração para o aprendizado. Portanto, é importante que se estabeleça uma linha de comunicação aberta com todos os discentes, pois estes podem estar enfrentando outras situações ou aumento de demandas do trabalho, influenciando o seu rendimento acadêmico¹³.

O ensino remoto também desafia o professor para novas formas de avaliação do discente para que seja realizado na perspectiva formativa e contínua, com empoderamento sobre o seu processo de aprendizagem. Nesse sentido, sugere-se que a avaliação deve ser do processo com *feedbacks* e interlocução entre o docente e os discentes, com diagnósticos das situações e definição de critérios, instrumentos e procedimentos adequados¹⁴.

Contudo, é necessário que os docentes e gestores em educação estejam sensibilizados de que a oferta de dispositivos tecnológicos não garantem educação qualificada, visto que são fundamentais ações pedagógicas, que promovam a construção do conhecimento de forma crítica e vinculada à realidade social, e imbricadas com a autonomia e cooperação dos discentes¹¹. Desta forma, os recursos tecnológicos são estratégias facilitadoras, para que as atividades de ensino sejam mantidas, assim como o vínculo entre docentes e discentes neste período excepcional da pandemia.

Os discentes em sua maioria têm familiaridade com o uso das tecnologias e o mundo digital. Portanto, é possível potencializar o processo de aprendizagem destes durante as atividades de ensino remoto, criando desafios e necessidades de forma inovadora e divertida, fazendo com que estes se sintam confiantes, dando-lhes um sentido a mais para a exploração dos conteúdos¹⁵. No entanto, há o desafio de manter o foco e a motivação dos discentes, uma vez que, existem muitas redes sociais, aplicativos que podem

dispersar a atenção destes. Assim, é fundamental o direcionamento do estudante no processo educativo remoto.

Um dos grandes desafios deste momento histórico é manter o foco e a motivação dos discentes. Dessa forma, sugere-se conectá-los socialmente, fazendo com que eles desenvolvam a cooperação, a resiliência, a ética e a inteligência emocional e cognitiva¹⁵.

Para as docentes, foi necessário se reorganizar para a nova gestão do ensino remoto no ambiente virtual e se capacitar para aprender a usar os diferentes recursos tecnológicos. Assim, tornou-se pertinente dialogar e assegurar estratégias tecnológicas que fossem inclusivas a todos que fazem parte do processo ensino aprendizagem, assegurando qualidade na formação do enfermeiro. Como contribuições para o ensino da Enfermagem, os docentes refletiram sobre a importância do investimento das instituições de ensino superior nos programas de formação docente para a qualificação do ensino remoto.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Como principais resultados alcançados, destaca-se as estratégias que podem facilitar e reorganizar o ensino remoto no ambiente virtual, que podem servir de subsídio para outros docentes pensarem em seus planos de ensino e planejamento de aulas. Além disso, o estudo reconhece a problemática e desafios do ensino remoto na Enfermagem, destacando a necessidade de educação continuada aos docentes em relação ao uso de tecnologias na educação superior, bem como a importância da sua utilização. Ainda, reforça a importância das trocas de saberes entre discente e docentes, bem como a relevância dos *feedbacks* dos discentes para que os docentes possam avaliar as estratégias utilizadas, para aperfeiçoamento do ensino remoto.

O estudo também destaca a necessidade de se pensar sobre a redução das desigualdades sociais entre os discentes como estratégia para reduzir a evasão nas universidades, sobretudo para aqueles em situação de vulnerabilidade. Ademais, este trabalho elucida as questões relacionadas à manutenção do foco e motivação dos discentes. Neste sentido, os cursos de Enfermagem precisam buscar abordagens pedagógicas problematizadoras, propulsoras do diálogo, da sensibilidade e da criatividade, o que pode tornar o ensino remoto mais prazeroso para discentes e docentes.

LIMITAÇÕES DA EXPERIÊNCIA

Como limitação do presente estudo aponta-se que se trata do relato de docentes de realidades específicas da região Sul do Brasil. No entanto, as reflexões buscaram contemplar outros contextos do país. Ainda, a continuidade

do ensino remoto demandou o uso de tecnologias digitais mais dinâmicas, com potencial interativo e dialógico. Assim, entende-se que algumas tecnologias podem não ter sido citadas no presente relato.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Considerando que as estratégias de ensino-aprendizagem precisaram ser reinventadas, este estudo busca tanto socializar experiências docentes, como também contribuir como subsídio para repensar as práticas pedagógicas e as possibilidades de uso de tecnologias no ensino, na área da Enfermagem. Com o intuito de promover ponderações teóricas e reflexivas, este relato de experiência também sinaliza limitações e potencialidades do uso das tecnologias na prática docente, seja como uma possibilidade pedagógica em substituição às práticas tradicionais historicamente utilizadas nas instituições de ensino e impossibilitadas pela pandemia, seja pelos seus desafios para docentes e discentes diante de um contexto de caráter emergencial. Entende-se que tais perspectivas são necessárias para a compreensão dos novos rumos do ensino em Enfermagem durante e após a pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante ao cenário de pandemia, a necessidade imediata de modificações e adaptações na construção do conhecimento se faz necessária por meio do ensino remoto e a partir deste motivar uma reflexão de possibilidades pedagógicas acessíveis aos discentes e possíveis dentro das habilidades docentes. O ensino remoto se constrói como uma alternativa para atender as necessidades relacionadas ao processo de formação acadêmica com a utilização de tecnologias. Repensar novas práticas de ensino e aprendizagem na educação superior é um desafio para os docentes do curso de Enfermagem no que tange a reorganização de seus planos de ensino para que possam atingir o objetivo da educação remota e inclusão de ferramentas tecnológicas. Para que as práticas de ensino remoto possam acontecer é necessário que o docente às construa de forma atrativa, a fim de despertar motivação, logo, adesão discente nas atividades propostas. Além disso, precisa ser organizada de maneira flexível e acessível referente ao acesso à internet domiciliar e aos dispositivos utilizados. Além do desafio de incluir o discente no ensino e aprendizagem remotos, há um desafio do docente nesse processo, pelo fato de se permitir a novas habilidades relacionadas às ferramentas tecnológicas, as quais se mostram menos desafiadoras aos discentes. O estudo se torna essencial para promover o ensino remoto em tempos de pandemia sem deixar de facilitar a aprendizagem na Enfermagem. Ainda, instiga para

que as tecnologias de ensino também possam fazer parte dos planos de ensino das aulas presenciais. Sugere-se a construção de novas pesquisas relacionadas ao ensino remoto de Enfermagem em tempos de pandemia.

Contribuições dos autores:

Andressa da Silveira - concepção do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Naiana Oliveira dos Santos - concepção do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito;

aprovação da versão final a ser publicada; Laís Antunes Wilhelm - concepção do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Keity Laís Siepmann Soccol - concepção do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Zaira Letícia Tisott - concepção do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Lisie Alende Prates - concepção do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Ximenes Neto FR, Lopes Neto D, Cunha IC, Ribeiro MA, Freire NP, Kalinowski CE, et al. Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2019;25(1):37-46.
2. Thumé E, Fehn AC, Acioli S, Fassa ME. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(n.spe1):275-88.
3. Frota MA, Wermelinger MC, Vieira LJ, Ximenes Neto FR, Queiroz RS, Amorim RF, et al. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;25(1):25-35.
4. Antunes Neto JM. Sobre ensino, aprendizagem e a sociedade da tecnologia: por que se refletir em tempo de pandemia? *Rev Prospectus*. 2020;2(1):28-38.
5. Nhantumbo TL. Capacidade de resposta das instituições educacionais no processo de ensino-aprendizagem face à pandemia de COVID19: impasses e desafios. *Rev EDUCAmazônia*. 2020;25(2):556-71.
6. Moraes IR, Garcia TC, Rêgo MC, Zaros LG, Gomes AV. Ensino remoto emergencial: orientações básicas para elaboração do plano de aula [Monografia]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2020.
7. Marques R. A resignificação da educação e o processo de ensino e aprendizagem no contexto de pandemia da COVID-19. *Boletim De Conjuntura (BOCA)*. 2020;3(7):1-18.
8. Santos JL, Souza CS, Tourinho FS, Sebold LF, Kempfer SS, Linc GF. Estratégias didáticas no processo de ensino-aprendizagem de gestão em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e1980016.
9. Schuhmacher VR, Alves Filho JP, Schuhmacher E. As barreiras da prática docente no uso das tecnologias de informação e comunicação. *Ciênc Educ*. 2017;23(3):563-76.
10. Silva AF, Estrela FM, Lima NS, Abreu CT. Saúde mental de docentes universitários em tempos de pandemia. *Physis*. 2020;30(2):e300216.
11. Silveira MS, Cogo AL. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2):e66204.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2017 [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2017. [citado 2018 Maio 6]. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101631_informativo.pdf.
13. Tantillo L, Christopher R. Transforming graduate nursing education during an era of social distancing: Tools from the field. *Nurse Educ Today*. 2020;92(esp):104472.
14. Freitas MA, Santos VL, Mercado LP. Avaliação para a aprendizagem em contextos híbridos de formação continuada: o potencial dos feedbacks na configuração de saberes didático-pedagógicos. *Braz J Develop*. 2019;5(10):17695-714.
15. Fava R. Trabalho, educação e inteligência artificial: a era do indivíduo versátil. Porto Alegre: Penso; 2018.

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA REINTERNAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA

Ângela Maria Liberato Araújo Lopes¹

Yandra Kelline Brandão Braga¹

Keila Maria de Azevedo Ponte Marques²

Francisco Douglas Canafistula de Souza¹

María Aparecida Fernandes Cardoso¹

<https://orcid.org/0000-0003-0508-0794>

<https://orcid.org/0000-0001-9342-001X>

<https://orcid.org/0000-0001-5215-7745>

<https://orcid.org/0000-0002-8845-1062>

<https://orcid.org/0000-0002-6268-8432>

Objetivo: Descrever os fatores que contribuem para reinternação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva realizada de março a julho de 2019 no Hospital do Coração com 22 pacientes admitidos com reinternação após cirurgia cardíaca. Pesquisa aprovada pelo CEP com parecer Nº 3.147.170.

Resultados: Os pacientes eram do sexo masculino 81,82% (18), na faixa etária de 70 a 95 anos de idade 40,91% (09). A maioria apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica 90,90% (20), eram tabagistas 72,73% (16), etilistas 63,64% (14) e dislipidêmicos 72,73% (16). Com base na história clínica dos pacientes evidenciou-se em sua maioria a cirurgia de Revascularização do Miocárdio 81,82% (18).

Conclusão: Dentre os fatores que contribuíram para reinternação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca foram: idade avançada, HAS, DM, tabagismo, etilismo e dislipidemia, teve associação com nova hospitalização após a cirurgia e à existência de algum adoecimento no pós-operatório.

Descritores: Hospitalização; Cirurgia torácica; Perfil de saúde

FACTORS CONTRIBUTING TO REINTERNACTION OF PATIENTS SUBJECT TO HEART SURGERY

Objective: To describe the factors that contribute to the readmission of patients undergoing cardiac surgery. **Methods:** This is an exploratory and descriptive research conducted from March to July 2019 at the Heart Hospital with 22 patients admitted with readmission after cardiac surgery. Research approved by CEP with opinion No. 3.147.170.

Results: The patients were male 81.82% (18), aged 70 to 95 years old 40.91% (09). Most had systemic arterial hypertension 90.90% (20), were smokers 72.73% (16), alcoholics 63.64% (14) and dyslipidemic 72.73% (16). Based on the clinical history of the patients, most of them showed myocardial revascularization surgery 81.82% (18).

Conclusion: Among the factors that contributed to the readmission of patients undergoing cardiac surgery were: advanced age, hypertension, diabetes mellitus, smoking, alcoholism and dyslipidemia, was associated with new hospitalization after surgery and the existence of postoperative illness.

Keywords: Hospitalization; Thoracic surgery; Health profile

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA REINTERNACIÓN DE PACIENTES SUJETOS A CIRUGÍA CORAZÓN

Objetivo: Describir los factores que contribuyen a la readmisión de pacientes sometidos a cirugía cardíaca. **Métodos:** Esta es una investigación exploratoria y descriptiva realizada entre marzo y julio de 2019 en el Heart Hospital con 22 pacientes ingresados con reingreso después de una cirugía cardíaca. Investigación aprobada por el CEP con opinión No. 3.147.170.

Resultados: los pacientes eran varones 81.82% (18), de 70 a 95 años de edad 40.91% (09). La mayoría tenía hipertensión arterial sistémica 90.90% (20), eran fumadores 72.73% (16), alcohólicos 63.64% (14) y dislipidémicos 72.73% (16). Con base en la historia clínica de los pacientes, la mayoría de ellos mostró cirugía de revascularización miocárdica 81.82% (18).

Conclusión: Entre los factores que contribuyeron al reingreso de pacientes sometidos a cirugía cardíaca se encuentran: edad avanzada, hipertensión, diabetes mellitus, tabaquismo, alcoholismo y dislipidemia, se asoció con una nueva hospitalización después de la cirugía y la existencia de enfermedad postoperatoria.

Descritores: Hospitalización; Cirugía torácica; Perfil de salud

¹Enfermeira. Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

²Universidade Estadual do Ceará, CE, Brasil.

Autor correspondente: Maria Aparecida Fernandes Cardoso | E-mail: aparecidafernandes31@gmail.com

Recebido: 12/02/2020 - Aceito: 13/08/2020

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, de 50 milhões de mortes, as Doenças Cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 30% delas, afetando aproximadamente 17 milhões de pessoas. Entre as doenças crônicas, as DCV são as maiores causas de morte, atingindo 17,3 milhões de pessoas anualmente, seguidas do câncer (7,6 milhões), doenças respiratórias (4,2 milhões) e diabetes (1,3 milhão)¹.

Estima-se que haverá um aumento significativo de 16,7 milhões de mortes registradas em 2002 para 23,3 milhões no ano de 2030 por DCV. No Brasil, elas encontram-se no topo das causas de mortalidade, no ano de 2013 foram registrados 339.672 óbitos por doenças do aparelho circulatório, das quais 85.939 referem-se ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Ações de promoção e proteção da saúde da pessoa acometida por DCV na Atenção Primária à Saúde (APS) são de suma importância para prevenir ocorrências agudas².

Atualmente, devido aos avanços tecnológicos no setor saúde na área da cardiologia, pode-se observar o grande índice internações hospitalares. Essas inovações têm intuito de melhorar a sobrevivência das pessoas que são portadoras de DCV, contrapondo-se a esta ideia, no entanto, acabam gerando um custo exorbitante para os sistemas de saúde e frustrações ao paciente.

As doenças cardíacas comandam o índice de ocorrências clínicas, aumentando as taxas de hospitalização e mortalidade, com isso se tem um progressivo aumento da incidência na população devido ao envelhecimento coexistente ao desenvolvimento das terapias, procedimentos e tecnologias em saúde. Uma estimativa obtida pelo departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) acusa um gasto onerado ao sistema de saúde do país, no ano de 2015, de quase 700 milhões de reais só para pessoas com insuficiência cardíaca (IC) e IAM³.

O cuidado de enfermagem durante o transoperatório de cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RM) deve atender não só as ações técnicas, mas também as perspectivas do paciente. A equipe multiprofissional deve prover ao paciente apoio, atenção, respeitando suas necessidades e obedecendo aos preceitos da assistência segura a quaisquer pessoas que procuram um Estabelecimento de Assistência de Enfermagem, realizando o checklist de cirurgia segura preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴.

As reinternações hospitalares são possíveis de prevenção, seja pelo próprio paciente, adotando a terapêutica medicamentosa e às intervenções de autocuidado, quanto pelas equipes de saúde, com o apropriado desempenho da

equipe multidisciplinar. A aceitação ao tratamento é estabelecida com o seguimento às orientações para uso apropriado das medicações, adesão de uma dieta hipossódica, prática regular de exercícios físicos e envolvimento com cuidados preventivos e autovigilância de sinais e sintomas⁵.

A importância de se estudar os fatores relacionados com as reinternações ocorre devido à escassez de estudos associados aos motivos de reinternações por síndrome coronariana aguda, ou revascularização após infarto agudo do miocárdio¹.

Assim, este estudo tem como questão norteadora: quais os fatores que contribuem para reinternação de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca?

Com base no exposto, este estudo é relevante por permitir a identificação dos fatores que estão contribuindo para que os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca tenham reinternações frequentes. Os resultados subsidiarão a prática de enfermagem no cuidado aos pacientes cirúrgicos, onde as atividades de educação em saúde durante a internação e na alta poderão ser direcionadas principalmente a estes fatores.

Dessa forma, objetivou-se através deste estudo descrever os fatores que contribuem para reinternação de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva.

A pesquisa foi realizada no Hospital Padre José Linhares da Ponte conhecido como Hospital do Coração de Sobral - CE é uma instituição filantrópica que dispõe de todos os métodos diagnósticos e complementares em Cardiologia e tem obtido muitos êxitos nos procedimentos terapêuticos, principalmente no tratamento com Implante de *Stent* Intracoronariano para o Infarto Agudo do Miocárdio.

O Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital do Coração de Sobral realiza cerca de 30 cirurgias de grande porte a cada mês, incluindo cirurgias de revascularização miocárdica, reparo e troca de válvulas cardíacas, cirurgias de correção de cardiopatias congênitas e de doenças da aorta.

Foram convidados a participar do estudo 22 pacientes admitidos com reinternação após cirurgia cardíaca. Como critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos, admitidos no local do estudo que tenha sido submetido à cirurgia cardíaca previamente. Foram excluídos os pacientes operados há mais de 10 anos, os pacientes graves em que não era possível estabelecer comunicação e os óbitos.

A coleta ocorreu de março a julho de 2019. E o instrumento elaborado para coletar informações fornecia informações precisas sobre o histórico da doença do paciente,

antecedentes familiares, histórico clínico para que fosse possível identificar algum fator que contribuísse de forma direta ou indireta a reinternação.

A busca pelos pacientes com perfil para estudo (cirurgia cardíaca prévia e com perfil de internação no hospital) ocorreu de forma ativa a cada dois dias no local do estudo, bem como ocorreu mobilização com os enfermeiros do serviço para diante da admissão hospitalar de algum paciente com estes critérios ocorresse comunicação com a pesquisadora.

As informações foram analisadas de forma descritiva com elaboração de tabelas e análise das falas, tendo sido discutidas em acordo com a literatura pertinente e atualizada do assunto.

Os participantes foram convidados a participar do estudo, e inicialmente foi apresentado o objetivo da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo respeitou todas as considerações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com parecer Nº 3.147.170.

RESULTADOS

Para caracterizar o perfil socioeconômico dos participantes do estudo utilizaram-se as variáveis de sexo, idade, escolaridade, estado civil e ocupação, conforme descreve na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes com reinternação após cirurgia cardíaca de acordo com o perfil socioeconômico

| Variável | n(%) | |
|-------------------------------|---------|-------|
| Sexo | | |
| Masculino | 18 | 81,82 |
| Feminino | 4 | 18,18 |
| Idade | | |
| 40 a 60 anos | 6 | 27,27 |
| 60 a 70 anos | 7 | 31,82 |
| 70 a 95 anos | 9 | 40,91 |
| Escolaridade | | |
| Analfabetos | 4 | 18,18 |
| Fundamental I | 7 | 31,82 |
| Fundamental II | 2 | 9,1 |
| Ensino Médio | 7 | 31,82 |
| Ensino Superior | 2 | 9,1 |
| Estado Civil | | |
| Com companheiro | 17 | 77,27 |
| Sem companheiro | 4 | 18,18 |
| Solteiro | 1 | 4,55 |
| Ocupação | | |
| Aposentado | 11 | 50 |
| Exerce alguma profissão | 7 | 31,82 |
| Aposentado e exerce profissão | 4 | 18,18 |
| Total | 22(100) | |

Na tabela 1 evidenciou que a maioria dos pacientes era do sexo masculino 81,82% (18) e que pertenciam a uma faixa etária de 70 a 95 anos de idade 40,91% (09). Em sua maioria, os participantes estudaram no Ensino Fundamental I ou Ensino Médio completo, ambos com 31,82% (07). Tinha companheiro fixo 77,27% (17) e quanto à ocupação 50% (11) eram aposentados. No que se refere aos fatores de risco presentes nos pacientes com reinternação cirúrgica os resultados estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes com reinternação após cirurgia de revascularização de acordo com os fatores de risco

| Variável | n(%) | |
|---|---------|-------|
| Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) | 20 | 90,90 |
| Diabetes Mellitus (DM) | 10 | 45,45 |
| Tabagista | 16 | 72,73 |
| Etilista | 14 | 63,64 |
| Dislipidemia | 16 | 72,73 |
| Atividades físicas regulares | 12 | 54,55 |
| Hábitos alimentares saudáveis | 9 | 40,91 |
| Histórico familiar de DM (1ºGrau) | 9 | 40,91 |
| Histórico familiar de HAS (1ºGrau) | 13 | 59,1 |
| Histórico familiar de Doenças Cardiovasculares (1ºGrau) | 14 | 63,64 |
| Total | 22(100) | |

A grande maioria apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica 90,90% (20), bem como eram tabagistas 72,73% (16), etilistas 63,64% (14) e dislipidêmicos 72,73% (16). Diabetes mellitus estava presente em 45,45% (10), sedentarismo 45,45% (10), hábitos alimentares não saudáveis 59,1% (13). Quanto ao histórico familiar dos pacientes submetidos à cirurgia, 40,91% (09) apresentavam parentes de primeiro grau com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Quanto aos precedentes com doenças cardiovasculares 63,64% (14) afirmaram possuir estas patologias na família. Quanto ao histórico clínico dos pacientes submetidos à cirurgia as informações estão descritas na tabela 3.

Com base na história clínica dos pacientes evidenciou-se que as cirurgias realizadas foram em sua maioria de Revascularização do Miocárdio (RM) 81,82% (18) e que estas foram no Hospital do Coração de Sobral 68,18% (15). Quanto ao hospital onde realizaram cirurgia, 68,18% foram no hospital do Coração de Sobral, enquanto 31,82% foram em outros hospitais entre eles Casa de Saúde

Tabela 3. Distribuição dos pacientes com reinternação após cirurgia de revascularização de acordo com a história clínica

| Variável | n(%) | |
|---|---------|-------|
| Cirurgia realizada | | |
| Revascularização do Miocárdio | 18 | 81,82 |
| Troca de Válvulas | 4 | 18,18 |
| Hospital que realizou a cirurgia | | |
| Hospital do Coração de Sobral | 15 | 68,18 |
| Outro | 7 | 31,82 |
| Tempo de cirurgia | | |
| Menos de 30 dias | 1 | 4,55 |
| De 1 a 2 meses | 1 | 4,55 |
| De 6 a 11 meses | 2 | 9,09 |
| Mais de 1 ano | 18 | 81,82 |
| Hospitalizou-se após a cirurgia? | | |
| Sim | 15 | 68,18 |
| Não | 7 | 31,82 |
| Realizou consulta de retorno após a cirurgia? | | |
| Sim | 20 | 90,91 |
| Não | 2 | 9,09 |
| Repouso nos primeiros 30 dias da cirurgia | | |
| Sim | 22 | 100 |
| Teve algum adoecimento após a cirurgia? | | |
| Sim | 13 | 59,1 |
| Não | 9 | 40,91 |
| Total | 22(100) | |

São Raimundo em Fortaleza- CE, Hospital Prontocardio Fortaleza- CE, Instituto do Coração (INCOR) de São Paulo, e outros que os pacientes não lembraram os nomes. Quanto ao tempo de cirurgia, a maioria estava com mais de um ano de realização 81,82% (18). Após a cirurgia 68,18% (15) dos pacientes se hospitalizaram por reinternações a maioria por causa da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) ao ponto de chegar precisar fazer angioplastia e colocação de stents, ou até mesmo por alguma outra patologia alguns relataram ter tido Acidente Vascular Encefálico (AVE), infecções virais, traumas. No entanto 90,91% (20) realizaram consulta de retorno. Uma informação que chamou atenção foi que 59,1% afirmaram ter tido algum adoecimento após a cirurgia. Tem-se ainda que 100% (22) dos pacientes afirmaram ter tido repouso nos primeiros 30 dias. O repouso é uma necessidade do pós-operatório do paciente, contudo, para a efetiva reabilitação cardiovascular faz-se necessário o processo de adaptação para o retorno às atividades diárias. Quanto aos medicamentos em uso pelos pacientes com reinternação cirúrgica estão descritos, de acordo com a quantidade de pacientes em uso na tabela 4.

Verificou-se predominância do uso de anti-hipertensivos 95,95% (21), analgésicos e antipiréticos 45,45% (10) e hipoglicemiantes 40,91% (09).

Tabela 4. Descrição dos medicamentos em uso pelos pacientes com reinternação após cirurgia cardíaca

| Classe de Medicamentos | n(%) |
|------------------------------------|-----------|
| Anti-hipertensivos | 21(95,95) |
| Analgésicos e Antipirético | 10(45,45) |
| Hipoglicemiantes | 9(40,91) |
| Antiplaquetários e Antitrombóticos | 8(36,4) |
| Vasodilatadores | 8(36,4) |
| Antilipemiantes | 6(27,27) |
| Diuréticos | 5(22,75) |
| Anticoagulantes | 3(13,65) |
| Antidepressivos | 2(9,1) |
| Antiácidos | 1(4,55) |
| Antiarrítmicos | 1(4,55) |
| Drogas usadas para demências | 1(4,55) |
| Psicotrópicos | 1(4,55) |

DISCUSSÃO

Os dados do presente estudo são concordantes aos apresentados por Rosa e Lamari¹, onde evidenciou “a predominância de pacientes do sexo masculino, idosos, com baixa escolaridade, casados e aposentados”. Logo, observa-se que o desenvolvimento de DCV está diretamente associado ao envelhecimento populacional, além de ter relação com a baixa escolaridade e baixa renda.

Compreender o perfil socioeconômico desses pacientes é essencial para determinar a adequação dos recursos empregados no setor de saúde, especialmente quanto às ações para combater os fatores de risco, diminuir as readmissões potencialmente evitáveis e melhorar a qualidade dos cuidados em saúde¹.

Pôde-se observar que os pacientes que tiveram reinternações eram hipertensos, tabagistas, diabéticos e etilistas, além de evidenciar-se relação quanto ao estilo de vida e os hábitos com a readmissão hospitalar¹.

Logo, a prevenção à exposição aos fatores de risco mostra-se como uma das maneiras mais efetivas no controle de doenças cardiovasculares, sendo assim importante conhecê-los para proporcionar melhora na qualidade de vida dos cardiopatas. Esse processo é bem contemplado pela equipe de Enfermagem que auxilia o paciente em todo o percurso dentro dos hospitais e fora deles, repassando conhecimentos desde sobre a referida patologia à cuidados domiciliares.

Com a prevalência das doenças isquêmicas do coração, a cirurgia de RM tem tornado um dos métodos de

tratamento mais indicado para os pacientes com doenças coronarianas em estado avançado⁶.

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é um procedimento cirúrgico comum após IAM, que possui como objetivo a melhora da função ventricular, diminuição dos sintomas e melhor prognóstico. Além de que proporciona a restauração do fluxo sanguíneo adequado para o miocárdio, prevenindo a dilatação do ventrículo esquerdo (VE), por consequência, prevenir a progressão da insuficiência cardíaca e morte⁷.

Após a cirurgia, muitos pacientes principalmente idosos, apresentam uma diminuição na qualidade de vida, diante dos desafios para manutenção do estilo de vida⁸. Logo, o sucesso da cirurgia também depende dos cuidados de enfermagem prestados no pós-operatório, como o uso da ferramenta científica Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁹.

O aumento dos gastos com reinternações torna importante o desenvolvimento de medidas para prevenção das doenças como ações destinadas a minimizar as reinternações. Nos Estados Unidos em 2004, 20% dos usuários foram readmitidos dentro de 30 dias da alta, a um custo de aproximadamente 17,4 bilhões de dólares¹.

Assim, medidas para capacitar os pacientes e cuidadores são um fator-chave na redução de readmissões hospitalares que, preferencialmente, devem começar no hospital e continuar após a alta (nível A de recomendação)¹⁰.

Para a redução de fatores agravantes do processo do pós-operatório, faz-se necessário também a atuação da equipe multidisciplinar no período de Reabilitação Cardiovascular (RCV) dos pacientes, de maneira a promover cuidados mesmo fora do ambiente hospitalar.

Dessa forma, faz-se necessário que o enfermeiro esteja capacitado no que se refere ao caráter assistencial e clínico, para promover um cuidado que contribua para a melhoria do paciente no pós-operatório¹¹.

Sendo que os profissionais devem oferecer suporte nos aspectos físico, psíquico, social, vocacional e espiritual; educar os pacientes para que possam criar e aderir permanentemente à manutenção de hábitos saudáveis, que favoreçam boas mudanças de estilo de vida associadas e assim prevenir eventos cardiovasculares desfavoráveis e manter adequado controle dos fatores de risco em geral¹².

Após a realização da CRM, algumas mudanças e readequações no estilo de vida dos indivíduos tornam-se necessárias, tanto no pessoal como individual, para facilitar o enfrentamento pós-cirúrgico, as quais podem ser definidas como possibilidades para a manutenção da saúde e desafio para o paciente¹³.

Diante do exposto, evidenciou-se a predominância dos anti-hipertensivos que são medicações utilizadas para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo este um fator de risco importante para o desenvolvimento de DCV¹.

O uso de hipoglicemiantes é concordante ao fato de grande parte dos participantes possuírem Diabete Mellitus (DM). Tal patologia predispõe a dificuldades de cicatrização no pós-operatório, sendo necessária uma assistência rotineira dos profissionais para o acompanhamento dos casos para que sejam evitadas reinternações¹.

A justificava é concordante ao índice quase total de pacientes do presente estudo que são hipertensos, o que se reflete no aumento significativo das doenças crônicas ao longo do envelhecimento populacional.

Cerca de 80% dos pacientes que se submetem a alguma cirurgia, necessitam de tratamento para dor no pós-operatório. A dor é subjetiva e percebida de formas diferentes por cada paciente¹⁴. Assim, a administração de analgésicos pode ser considerada como o método mais viável e seguro na manutenção da analgesia.

É necessário reforçar que existem terapêuticas não farmacológicas utilizadas pelos profissionais de enfermagem para alívio da dor. Pode-se citar como exemplos de métodos, a aplicação de calor e gelo, uso de coxins, atenção e até mesmo o diálogo¹⁵. Dessa forma, diminuindo o temor dos pacientes e favorecendo melhor quadro de recuperação.

Vale ressaltar ainda, a importância de manter a equipe multiprofissional atualizada sobre os processos de reabilitação cardíaca, que exige estudos constantes afim de oferecer o melhor atendimento aos pacientes. Corroborando com o estudo de Andrade e Silva¹⁶ que refere que as dificuldades encontradas pelos enfermeiros em seus campos de atuação evocam a necessidade de aperfeiçoamento por meio de cursos e especializações na área antes ou após o ingresso no serviço, visando a ampliação do conhecimento e consequente promoção de atendimento qualificado ao paciente.

O estudo limitou-se em trazer resultados mais efetivos devido ao tempo limitado não permitindo abordar uma população maior e por depender da demanda do hospital e por serem admitidos pacientes que já chegavam muito graves a ponto de não conseguir participar do estudo e ter um forte agravamento de sua doença.

Tornar-se-á importante para comunidade profissional pois trará benefícios de um melhor entendimento da patologia e assim permitirá a elaboração de planos de ação mais efetivos para serem aplicados em pacientes pós-cirurgia cardíaca.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa alcançou os objetivos propostos, pois com as informações coletadas foi possível identificar os fatores que contribuíram para reinternação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, sendo eles a idade avançada, a presença de HAS, DM, a presença dos fatores de risco tabagismo, etilismo e dislipidemia. A reinternação esteve também associada à nova hospitalização após a cirurgia e à existência de algum adoecimento no pós-operatório. Por meio da pesquisa constatou-se ainda que a maioria dos pacientes demonstraram receio em falar sobre esse assunto quando abordados, levando à percepção de que esses compreendiam que seus hábitos de vida o levaram àquela situação. O estudo promoveu um melhor entendimento da patologia para os participantes que se demonstraram leigos quanto ao assunto e colaborou para que surgisse um interesse em melhorar os hábitos dos participantes, afim de evitar uma nova reinternação. Torna-se necessária

a realização de novas pesquisas que retratem a reinternação hospitalar com vistas a evitar que os pacientes submetidos a cirurgia cardíaca voltem a serem hospitalizados. A realização de tecnologias educativas sobre cuidados após cirurgias cardíacas são ferramentas que podem auxiliar nesse processo.

Contribuição dos autores:

Ângela Maria Liberato Araújo Lopes contribuiu com a concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Yandra Kelline Brandão Braga contribuiu com análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Keila Maria de Azevedo Ponte Marques contribuiu com a concepção, redação do artigo, revisão crítica e revisão final. Francisco Douglas Canafistula de Souza contribuiu com análise e interpretação dos dados e redação final do artigo. Maria Aparecida Fernandes Cardoso contribuiu com análise e interpretação dos dados e redação final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Rosa AC, Lamari NM. Caracterização de pacientes reinternados no setor de cardiologia. *Arq Ciênc Saúde*. 2017;24(3):79-83.
2. Cunha KS, Higashi GD, Erdmann AL, Kahl C, Koerich C, Meirelles BH. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):963-70.
3. Barros AL, Cavalcante AM. Enfermagem em cardiologia: estado da arte e fronteiras do conhecimento. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(3):451-2.
4. Souza RM, Araújo MG, Veríssimo RC, Comassetto I, Ferreira FA, Bernardo TH. Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares. *Rev SOBECC*. 2016;21(4):192-7.
5. Linn AC, Azolinn K, Souza EN. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):500-6.
6. Barbosa JL, Thiers CA, Cunha CF, Moutella J, Tura BR, Orsi GP, et al. Impacto dos fatores de risco para doença arterial coronariana nos gastos Hospitalares dos pacientes submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio no SUS. *Int J Cardiovasc Sci*. 2018;31(2):90-6.
7. Santos VM, Nasrala Neto E, Nazario MP, Shimoya-Bittencourt W, Salício MA, Nasrala ML. Capacidade funcional e força muscular de pacientes submetidos a revascularização do miocárdio. *J Health Sci*. 2018;20(1):45-9.
8. Barreiros BR, Bianchi ER, Turrini RN, Poveda VB. Causas de readmissão hospitalar após cirurgia cardíaca. *Rev Eletrônica Enferm*. 2016;18:e1182.
9. Ferreira MN, Silva MC, Cardoso R. Cuidados de enfermagem pós cirurgia cardíaca [monografia]. Brasília (DF): Centro Universitário do Planalto Aparecido dos Santos; 2018.
10. Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBIDatabases System Rev Implement Rep*. 2016;14(2):106-73.
11. Henriques AH, Costa SS, Lacerda JS. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2016;21(4):01-09.
12. Farias MS. Reabilitação cardiovascular: proposta de uma teoria de enfermagem de médio alcance [dissertação] [Internet]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2018 [citado 2018 Set 21]. Disponível em: <http://www.uece.br/ppccis/wp-content/uploads/sites/55/2019/12/MSINARA.pdf>
13. Alves MP, Lanzoni GM, Koerich C, Higashi GD, Baggio MA, Erdmann AL. O processo de viver a cirurgia de revascularização cardíaca: uma análise de gênero. *Esc Anna Nery*. 2016;20(4):e20160093.
14. Huang AP, Sakata RK. Dor após esternotomia - revisão. *Rev Bras Anesthesiol*. 2016;66(4):395-401.
15. Silveira NB, Silveira RS, Avila LI, Gonçalves NG, Lunardi VL, Enderle CF. Procedimentos terapêuticos de enfermagem no contexto da dor: percepção dos pacientes. *Enferm Foco*. 2016;7(1):61-5.
16. Andrade TF, Silva MM. Características dos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar: concepções sobre a formação e exercício profissional. *Enferm Foco*. 2019;10(1):81-6.

CONDIÇÕES DE HIGIENE DOS IDOSOS ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Karla Andrezza Lira Linhares¹

Iasmim Cunha Maranguape¹

Andréa Carvalho Araújo Moreira¹

Vitória Lídia Pereira Sousa¹

Francisco Eduardo Silva de Oliveira¹

Saulo Barreto Cunha dos Santos¹

<https://orcid.org/0000-0002-1184-9603>

<https://orcid.org/0000-0002-2756-846X>

<https://orcid.org/0000-0001-9855-1449>

<https://orcid.org/0000-0001-5004-3592>

<https://orcid.org/0000-0002-9907-7715>

<https://orcid.org/0000-0001-5651-5992>

Objetivo: Conhecer as condições de higiene dos idosos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa.

Método: Estudo descritivo, transversal, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado com 20 idosos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa. Para coleta de dados utilizou-se um questionário relacionado ao perfil sociodemográfico e aos aspectos de higiene do idoso e um roteiro de observação relacionado às condições de higiene dos idosos.

Resultados: Verificou-se predominância do sexo feminino (60%), na faixa etária de 70-79 anos (45%) com média de idade de 79,5 anos. Todos idosos realizavam higiene bucal no mínimo uma vez na semana, e desses nenhum realizava escovação da língua. A maioria tomava três ou mais banhos por semana (90%) com duração maior que 15 minutos (55%) e utilizavam sabão em barra para higiene corporal (60%), destes 33,33% apresentavam pele seca. Das mulheres, 58,33% realizavam higiene íntima de forma correta e dos homens apenas 25%. Entre os idosos que não usavam hidratantes, 83,5%, apresentavam lesão por pressão.

Conclusão: Verificou-se que os idosos possuem baixas condições de higiene, visto que se observou prática inadequada da higiene corporal, íntima e bucal.

Descritores: Idoso; Higiene da pele; Serviços de assistência domiciliar

HYGIENE CONDITIONS OF ELDERLY ACCOMPANIED BY THE BETTER AT HOME PROGRAM

Objective: To know the hygiene conditions of the elderly accompanied by the Better at Home Program.

Methods: Descriptive, cross-sectional, exploratory, quantitative approach, carried out with 20 elderly people accompanied by the Better at Home Program. A questionnaire related to the sociodemographic profile and hygiene aspects of the elderly was used to collect data and an observation script related to the hygiene conditions of the elderly.

Results: There was a predominance of females (60%), aged 70-79 years (45%) with an average age of 79.5 years. All elderly people perform oral hygiene at least once a week, and of these none performs brushing the tongue. Most took three or more baths per week (90%) lasting more than 15 minutes (55%) and using bar soap for body hygiene (60%), of these 33.33% had dry skin. Of the women, 58.33% performed intimate hygiene correctly and men only 25%. Among the elderly, those who did not use moisturizers, 83.5%, had pressure injuries.

Conclusion: It was found that the elderly have poor hygiene conditions, since there was an inadequate practice of body, intimate and oral hygiene.

Keywords: Aged; Skin Care; Home care services

CONDICIONES DE HIGIENE DE ANCIANOS ACOMPÑADOS POR EL PROGRAMA MEJOR EM CASA

Objetivo: Conocer las condiciones de higiene de los ancianos acompañados por el Programa Mejor en Casa.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, exploratorio, de abordaje cuantitativo, realizado con 20 ancianos acompañados por el Programa Mejor en Casa. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario relacionado al perfil sociodemográfico y los aspectos de higiene del anciano y un itinerario de observación relacionado a las condiciones de higiene de los ancianos.

Resultados: Predominó el sexo femenino (60%), de 70 a 79 años (45%) con una edad promedio de 79,5 años. Todos los ancianos realizaban higiene bucal por lo menos una vez a la semana, y de ellos ninguno realizaba el cepillado de la lengua. La mayoría tomaba tres o más baños por semana (90%) duraron más de 15 minutos (55%) y usaron jabón en barra para la higiene corporal (60%), de estos 33,33% tenían piel seca. De las mujeres, 58,33% realizaban higiene íntima de forma correcta y de los hombres sólo el 25%. Entre los ancianos, aquellos que no usaban humectantes, 83,5%, tenían lesiones por presión.

Conclusion: Se encontró que los ancianos presentan malas condiciones de higiene, ya que existía una práctica inadecuada de higiene corporal, íntima y bucal.

Descriptorios: Anciano; cuidados de la piel; Servicios de atención de salud a domicilio

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

Autor correspondente: Vitória Lídia Pereira Sousa | Email: vitorialidia05@gmail.com

Recebido: 04/02/2020 - Aceito: 27/11/2020

INTRODUÇÃO

Considerando-se as projeções atuais, há um aceleração no processo de envelhecimento da população brasileira, o qual mostra que indivíduos com idade superior a 50 anos constituirão o grupo que retratará positivas taxas de crescimento a partir de 2045¹.

Com efeito, o processo de envelhecer traz consigo mudanças nos aspectos físicos, mentais e sociais, ocasionando, na maioria das vezes, dependência do idoso, pois com o aumento de sua idade é comum a presença de doenças crônicas e a própria perda de agilidade e eficiência nos movimentos, assim a pessoa idosa pode tornar-se frágil, o que ocasionará a necessidade de cuidados domiciliares por período indeterminado².

No ano de 2011 foi instituído o Programa Melhor em Casa, o qual foi integrado à Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria No 1.208 de 18 de junho de 2013. O “Melhor em Casa” é tido como uma nova modalidade de atenção à saúde, definido por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestada em domicílio³.

Nesse sentido, o cuidado domiciliar propõe uma atenção à saúde individualizada de acordo com as circunstâncias de vida do sujeito, sendo capaz de beneficiar a retomada da condição de saúde do mesmo, de forma a contribuir com o prolongamento na expectativa de vida da pessoa que recebe o cuidado⁴.

Em vista disso, para um cuidado domiciliar efetivo é fundamental que o cuidador entenda a necessidade do idoso dependente, o qual se encontra com suas atividades da vida diária (AVD) comprometidas, atividades essas necessárias para os cuidados pessoais diários como: vestir-se, tomar banho e praticar higiene⁵.

Compreende-se que o cuidador de idoso tem a responsabilidade de prestar assistência às necessidades do indivíduo, assegurando a realização de cuidados e atividades básicas, como banho, higiene, incluindo higiene bucal e da pele, higiene das mãos e pés, do couro cabeludo, alimentação e outros cuidados⁶.

Não obstante, o idoso em cuidado domiciliar pode apresentar lesões na pele devido ao processo de desgaste deste tecido, natural do processo de envelhecer, pois este tem suas próprias características, tais como: a redução da espessura da derme com perda das fibras elásticas e do colágeno, a descamação, principalmente nas extremidades, as rugas devido à perda de elasticidades e enfraquecimento dos músculos, as manchas senis, e a queda de cabelos⁷.

Com efeito, torna-se importante conhecer os principais agravos relacionados à higienização da pele da população

idosa, bem como saber se idosos e seus cuidadores realizam os cuidados de higiene de forma adequada. Diante disso, o estudo teve o objetivo de conhecer as condições de higiene dos idosos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, exploratório de abordagem quantitativa.

A pesquisa ocorreu no município de Sobral, principal cidade do noroeste do Ceará localizada a 240 quilômetros de Fortaleza. O Programa Melhor em Casa atua no município articulado com a Estratégia Saúde da Família³.

A amostra não probabilística foi composta por 20 idosos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa. Atendeu-se aos seguintes critérios de inclusão: idosos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa por no mínimo seis meses, com a presença de um cuidador fixo. Foram excluídos do estudo idosos que estavam hospitalizados ou que tiveram óbito durante o período de coleta de dados. O programa acompanhava 22 idosos, mas apenas 20 entraram na amostra pois dois vieram a óbito durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada através de visita domiciliar, que ocorreu entre duas a três vezes na semana, sendo uma visita por paciente, com duração de uma hora, onde o pesquisador(a) apresentava-se e explicava o objetivo da pesquisa, bem como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente aplicou-se o questionário e roteiro de observação, respectivamente. O questionário foi composto por variáveis sociais, econômicas e aspectos relacionados a higiene do idoso, abordando higiene bucal; banho; higiene da pele; higiene íntima e higiene dos pés e mãos. O roteiro de observação abordou dados sobre as condições de higiene dos idosos, avaliando a pele, boca, mãos, pés e o couro cabeludo. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2018 até março de 2019.

Após a coleta, os dados foram eletronicamente organizados e tiveram seus escores tabulados no programa Microsoft Excel 2010. Para análise dos dados foi utilizado estatística descritiva simples, incluindo cálculo de frequência absoluta e percentual. Os resultados estão sintetizados em forma descritiva e tabelas.

Esta pesquisa seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁸. Antes da coleta das informações, os participantes e cuidadores foram informados sobre os riscos e benefícios do estudo; em seguida, assinaram o TCLE. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sendo aprovado pelo parecer sob No. 2.989.418/2018.

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 idosos, dos quais verificou-se predominância do sexo feminino (60%), na faixa etária de 70-79 anos (45%) com média de idade de 79,5 anos. Com relação ao estado civil 45% eram casados, 45% viúvos e 10% solteiros. Todos os participantes da pesquisa possuíam cuidador informal, em sua totalidade compostos por familiares. Entre os idosos, 50% não sabiam ler e escrever, desses 50% possuíam ensino fundamental completo; 30% ensino médio completo e apenas 20% concluíram o ensino superior. Dentre os idosos, 60% tinham doença crônica e desses, 50% possuíam hipertensão arterial; 33,3% diabetes *mellitus* e 16,4% possuíam tanto hipertensão arterial como diabetes *mellitus*.

Com relação a higiene bucal (Tabela 1), todos idosos realizavam no mínimo uma vez na semana, e desses nenhum realizava escovação da língua.

Tabela 1. Condições de higiene bucal dos idosos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa

| Variáveis | n(%) |
|--|-----------|
| Realiza higiene bucal quantas vezes na semana? | |
| 1 vez na semana | 2(10,00) |
| 2 vezes na semana | 3(15,00) |
| 3 vezes ou mais na semana | 15(75,00) |
| Faz uso de prótese dentária? | |
| Sim | 8(40,00) |
| Não | 12(60,00) |
| Como é realizada a higiene bucal? | |
| Escovação de bochechas | 12(60,00) |
| Escovação de dentes | 8(40,00) |
| Quais produtos usados na higiene bucal | |
| Escova e gel/pasta dental | 13(65,00) |
| Gazes com bicarbonato | 2(10,00) |
| Gazes embebidas com água | 4(20,00) |
| Gazes embebidas com soro fisiológico | 1(5,00) |
| Qual frequência usa antisséptico bucal | |
| 2 vezes na semana | 1(5,00) |
| 3 vezes ou mais na semana | 1(5,00) |
| Nenhuma | 18(90,00) |
| Com que frequência realiza limpeza da prótese dentária | |
| 2 vezes na semana | 6(75,00) |
| 3 vezes ou mais na semana | 2(25,00) |

No que se refere ao banho e higiene da pele (Tabela 2), a maioria dos idosos (90%) tomava três ou mais banhos por

semana, com duração maior que 15 minutos (55%). Entre os pacientes que usavam hidratante, apenas 28,57% apresentavam prurido na pele, já entre os que não usavam 83,33% apresentavam prurido e 83,5% possuíam lesão por pressão. Dentre os idosos que realizavam higiene corporal com sabonete em barra, 33,33% apresentavam pele seca.

Tabela 2. Distribuição dos idosos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa quanto ao banho e higiene da pele

| Variáveis | n(%) |
|---|-----------|
| Quantas vezes toma banho na semana? | |
| 2 vezes na semana | 2(10,00) |
| 3 vezes ou mais na semana | 18(90,00) |
| Qual duração do banho? | |
| 6 até 15 minutos | 9(45,00) |
| Mais de 15 minutos | 11(55,00) |
| Seca bem a pele após o banho? | |
| Sim | 14(70,00) |
| Não | 6(30,00) |
| Durante o banho qual a temperatura da água? | |
| Fria | 9(45,00) |
| Morna | 11(55,00) |
| Qual tipo de produto é usado na higiene da pele? | |
| Sabonete em barra | 12(60,00) |
| Sabonete líquido | 7(35,00) |
| Sabão | 1(5,00) |
| Faz uso de hidratantes corporais? | |
| Sim | 14(70,00) |
| Não | 6(30,00) |
| Apresenta prurido na pele? (relacionado ao uso de Hidratante) | |
| Sim | 9(45,00) |
| Não | 11(55,00) |

Com relação a higiene íntima dos idosos (Tabela 3), todos a realizavam durante o banho e usavam o mesmo produto para pele. Observou-se que a maioria dos participantes faziam uso do sabonete em barra (60%) para higiene íntima. Das mulheres, 58,33% realizavam higiene íntima de forma correta e dos homens apenas 25%.

Quanto às condições de pele dos idosos (Tabela 4), todos que apresentavam o cabelo oleoso possuíam a face com aspecto de oleosidade. A maioria dos idosos (60%) possuíam pele hidratada e faziam uso de creme hidratante,

Tabela 3. Condições dos idosos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa quanto à higiene íntima

| Variáveis | n(%) |
|---|-----------|
| Quantas vezes na semana realiza higiene íntima? | |
| 2 vezes na semana | 2(10,00) |
| 3 vezes ou mais na semana | 18(90,00) |
| Faz uso de lenços umedecidos para higiene íntima depois das eliminações fisiológicas? | |
| Sim | 6(30,00) |
| Não | 14(70,00) |
| Qual tipo de produto é usado para a limpeza íntima? | |
| Sabonete em barra | 12(60,00) |
| Sabonete líquido comum | 9(45,00) |
| Sabão em barra | 1(5,00) |
| Sempre seca bem a região íntima? | |
| Sim | 18(90,00) |
| Não | 2(10,00) |
| Como é realizada a higiene íntima? | |
| Da região da vagina para o ânus | 7(35,00) |
| Da região do ânus à vagina | 5(25,00) |
| Ao redor do pênis | 6(30,00) |
| Expondo a glândula | 2(10,00) |

já os que apresentavam pele seca, apenas 16,66% usavam hidratante. Entre os idosos que apresentavam arranhadura por prurido, 60% possuíam a pele seca. A maioria (85%) mantinha as mãos com aparência de limpa, no entanto, dos participantes que lavavam as mãos, as lavavam apenas uma vez ao dia, todos só realizavam a higienização durante o banho.

Tabela 4. Condições da pele dos idosos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa

| Variável | n(%) |
|---|-----------|
| Apresenta aspecto de oleosidade no cabelo | |
| Sim | 9(45,00) |
| Não | 11(55,00) |
| Apresenta aparência de face limpa | |
| Sim | 15(75,00) |
| Não | 5(25,00) |
| Aparência de pele hidratada | |
| Sim | 12(60,00) |
| Não | 8(40,00) |

Continua...

Continuação.

| Variável | n(%) |
|---|-----------|
| Palidez na pele | |
| Sim | 8(40,00) |
| Não | 12(60,00) |
| Aspecto de pele seca | |
| Sim | 6(30,00) |
| Não | 14(70,00) |
| Presença de cianose nas extremidades | |
| Sim | 3(15,00) |
| Não | 17(85,00) |
| Presença de lesão por pressão | |
| Sim | 9(45,00) |
| Não | 11(55,00) |
| Presença de arranhaduras por coceira | |
| Sim | 10(50,00) |
| Não | 10(50,00) |
| Apresenta descamação a sequeidão difusa da pele | |
| Sim | 3(15,00) |
| Não | 17(85,00) |
| Presença de equimoses ou hematomas em punhos, dorso da mão e antebraços | |
| Sim | 10(50,00) |
| Não | 10(50,00) |
| Presença de pápulas de cor avermelhada brilhante a escura | |
| Sim | 5(25,00) |
| Não | 15(75,00) |
| Presença de lesões verrugosas de cor rósea até marrom-escuro | |
| Sim | 2(10,00) |
| Não | 18(90,00) |
| Presença de manchas de cor castanho-clara a escura | |
| Sim | 17(85,00) |
| Não | 3(15,00) |
| Mãos e pés com aparência de limpos | |
| Sim | 17(85,00) |
| Não | 3(15,00) |
| Unhas limpas e cortadas | |
| Sim | 15(75,00) |
| Não | 5(25,00) |
| Unhas fracas e quebradiças | |
| Sim | 6(30,00) |
| Não | 14(70,00) |

DISCUSSÃO

Com relação ao perfil sociodemográfico dos idosos em cuidado domiciliar, observou-se o predomínio do sexo feminino, com faixa etária de 70-79 anos, casadas e com baixa escolaridade. Os dados sociodemográficos encontrados foram semelhantes a um estudo realizado no município de São Paulo⁹. Em estudo multicêntrico, realizado nas cidades de Málaga, Costa do Sol, Almeria e Granada, localizadas na Espanha, com pacientes em cuidado domiciliar a média de idade foi de 75,49 anos¹⁰.

A predominância do sexo feminino está relacionada às mulheres terem a maior expectativa de vida e também a menor taxa de mortalidade, pois essas possuem mais cuidado com a saúde, reconhecendo precocemente as doenças, diferentemente dos homens¹¹. No que se refere o nível de escolaridade, notou-se que 50% sabiam ler e escrever, diferente do que foi encontrado em um estudo realizado no interior do Ceará com idosos em Atenção Domiciliar onde a maioria dos participantes eram analfabetos¹². Importante dizer que o município de realização desta pesquisa foi destaque no cenário mundial pelos seus indicadores educacionais favoráveis ao desenvolvimento social e humano. A experiência de Sobral foi recomendada para todo o país como um exemplo de sucesso e boas práticas educacionais¹³.

Com relação a higiene bucal, os resultados apontaram que 10% dos idosos realizavam a higienização uma vez por semana e que apenas 13% faziam uso de escova e gel/pasta dental para limpeza. O acúmulo de microrganismos nos dentes e nas superfícies das próteses, causado pela falta de higiene bucal, pode influenciar a saúde geral dos idosos, causando pneumonia, arteriosclerose e doenças relacionadas à infecção¹⁴. A falta de orientações em relação à saúde bucal pode estar associada à percepção da necessidade de extração total dos dentes do idoso.

Os resultados evidenciaram que 10% dos idosos só tomavam banho duas vezes na semana, fato este que acarreta em prejuízos na sua qualidade de vida, visto que o banho é essencial para manter a higiene assim como proporcionar bem-estar ao idoso¹⁵. Para além das questões técnicas e do risco de quedas, o cuidador lida com a subjetividade pelos medos e constrangimentos vivenciados na execução desta tarefa que cerceia a privacidade e intimidade do idoso¹⁶.

No que se refere à higiene das mãos, o estudo mostrou que poucos participantes têm adesão a essa prática de forma correta. Logo, os resultados revelam a necessidade de orientação quanto a importância da lavagem das mãos como forma de prevenir doenças causadas por parasitas, tais como, infecções intestinais e verminoses, sendo

importante realizar a higienização antes e após as refeições e sempre que usar o banheiro¹⁷.

A pele da pessoa idosa passa por algumas alterações estruturais e funcionais no processo de envelhecimento, ficando susceptível ao surgimento de rugas, ressecamento, queratose e desidratação, tornando-se frágil e com facilidade de desenvolver lesões.

No que concerne aos dados desta pesquisa, 30% dos pacientes não realizavam hidratação da pele e desses, 83,33% apresentavam prurido, assim, é importante salientar o uso de sabonete neutro de preferência líquido e o uso de cremes e loções hidratantes após o banho para evitar pele seca com prurido ou descamação¹⁸.

Com relação a higiene íntima, 58,33% das mulheres realizavam higiene íntima de forma correta. A higienização íntima feminina deve ser feita de 1 a 3 vezes por dia, inicialmente com água corrente, sentido vulva-ânus, sem friccionar. Sabonetes íntimos de pH ácido ou sabonetes neutros são os mais indicados, esses devem ser utilizados externamente, entre os lábios vaginais. Após a higiene, o local deve ser enxugado com toalhas secas, para evitar o acúmulo de umidade e a proliferação de fungos e bactérias¹⁹.

Em contrapartida, apenas 25% dos homens realizavam higiene íntima de forma correta, tornando-os susceptíveis a infecções. Para realização da higienização íntima masculina é necessário que a equipe de enfermagem oriente o idoso e cuidador sobre os procedimentos corretos de higienização íntima, bem como da realização do autoexame físico do genital, e da avaliação das condições de higiene semanalmente, afim de manter o pênis limpo, evitando assim o surgimento de infecções e doenças oportunistas²⁰.

Dentre as alterações de pele, evidenciou-se melanose solar em 85% dos idosos, também chamada de mancha senil, causada pela ação ultravioleta na pele ao longo dos anos, ocorrendo um aumento no número dos melanócitos e da sua atividade, produzindo mais melanina e escurecendo a pele. Um estudo realizado com idosos de uma instituição de longa permanência apontou que as medidas de fotoproteção são procedimentos necessários para evitar alterações cutâneas²¹.

Com efeito, observou-se que 45% dos idosos apresentavam lesão por pressão. Um estudo realizado em Minas Gerais com pacientes de um programa de atenção domiciliar apresentou resultado semelhante com prevalência de 45,8%²². As lesões por pressão na pele ou tecido subjacentes são resultantes da força de atrito, principalmente em locais com proeminência óssea e os idosos dependentes são os mais susceptíveis por possuírem limitação na atividade física e mobilidade, e, para evitar tal acontecimento

são necessários medidas de prevenção como a mudança de decúbito e uso de colchões piramidais²³.

Nesse contexto, a partir dos resultados obtidos, percebeu-se a importância da higienização dos idosos, pois a mesma é responsável por promover conforto, limpeza, qualidade de vida, autoestima, autoconfiança, além de prevenir doenças de pele e infecções²⁴. Vale destacar que o cuidador tem impacto significativo sobre a saúde de seus membros, exercendo influência sobre as enfermidades que os acomete²⁵, sendo assim, faz-se necessário que sejam orientados quanto a prática correta de higiene para que possam promover melhor qualidade de vida aos idosos.

Diante dos resultados, foi possível identificar os principais problemas de higiene dos idosos, além de identificar a necessidade de novos estudos, tais como: estudos de intervenção junto aos cuidadores, a fim de norteá-los durante a prática do cuidado; estudos metodológicos de construção de tecnologias educativas que abordem a temática para servir como meio de informação e subsidiar as práticas educativas dos profissionais.

Destaca-se como limitação deste estudo, o número reduzido da amostra em decorrência da quantidade de idosos que eram atendidos pelo programa Melhor em Casa, no período do estudo. Diante disso, sugere-se novos estudos que visem ampliar o número de participantes, considerando também idosos em cuidado domiciliar acompanhados pela Estratégia Saúde da Família.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de orientação quanto a higiene do idoso em cuidado domiciliar. O enfermeiro deve contribuir para a prática adequada da higienização do idoso, fazendo uso de estratégias de educação em saúde como visita domiciliar e desenvolvimento de tecnologias educativas.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer o perfil de idosos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa, as suas condições de higiene e como são realizados os cuidados prestados pelo cuidador. Verificou-se que os idosos possuem baixas condições de higiene, tendo em vista que se observou uma prática inadequada da higiene corporal, íntima e bucal, além da utilização de produtos não recomendados, frequência de banhos insuficientes e pouco cuidado na hidratação da pele do idoso. Portanto, ressalta-se a necessidade de orientações de enfermagem, bem como de planos de cuidado, visando contribuir com o cuidador, visto que o processo de cuidar revela falta de habilidades e de preparo adequado para o desempenho do papel. Dessa forma, faz-se necessário a responsabilização pelos cuidados ofertados ao idoso em domicílio.

Contribuição dos autores:

Todos os autores contribuíram em todas as fases do estudo.

REFERÊNCIAS

- Galera SC, Costa EF, Gabriele RR. Educação médica em geriatria: desafio brasileiro mundial. *Geriatr Gerontol Aging*. 2017;11(2):88-94.
- Silva PL, Veloso NE, Teles MA, Oliveira MK, Alves EC. Perfil do acompanhante de idosos hospitalizados: avaliação da atuação no cuidado e recuperação geriátrica. *J Health Biol Sci*. 2018 6(1):48-53.
- Ministério da Saúde. Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2019 Nov 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf
- Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017;22(4):e49660.
- Souza IC, Silva AG, Quirino AC, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Rev Min Enferm*. 2014;18(1):164-72.
- Labegalini CM, Nogueira IS, Moretti AZ, Carreira L, Baldissera VD. Demandas educativas de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ver Enferm Cent Oeste Min*. 2016;6(1):1994-2008.
- Fortes TM, Suffredini IB. Avaliação de pele em idoso: revisão da literatura. *J Health Sci Inst*. 2014;32(1):94-101.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. 2012 [citado 2019 Nov 17]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Yonekura T, Silva CA, Godo GA. A desigualdade social e o perfil de saúde dos idosos atendidos por um serviço de assistência domiciliar do município de São Paulo. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2017;22(1):117-27.
- Morales-Asencio JM, Morilla-Herrera JC, Martín-Santos FJ, Gonzalo-Jimenez E, Gallego MC, Nieves CB, et al. The association between nursing diagnoses, resource utilisation and patient and caregiver outcomes in a nurse-led home care service: longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(2):189-96.
- Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011 [Internet]. Rio de Janeiro: Ipea; 2013 [citado 2019 Nov 22]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2171/1/TD_1890.pdf
- Muniz EA, Freitas CA, Oliveira EN, Lacerda MR. Atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de idosos, cuidadores e profissionais. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2018;23(2):73-85.
- Gramani MC. Análise dos determinantes de eficiência educacional do estado do Ceará. *Ensaio Aval Pol Públ Educ*. 2017;25(95):507-26.

14. Janssens B, De Visschere L, van der Putten GJ, Lugt-Lustig K, Schols JM, Vanobbergen J. Effect of an oral healthcare protocol in nursing homes on care staffs' knowledge and attitude towards oral health care: a cluster-randomised controlled trial. *Gerodontology*. 2014;33(2):275-86.
15. Ramos RL, Andreoni S, Coelho-Filho JM, Lima-Costa MF, Matos DL, Rebouças M, et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(3):506-13.
16. Moreira AC, Silva MJ, Darder JJ, Coutinho JF, Vasconcelos MI, Marques MB. Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude-practice of older adults' caregivers. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1055-62.
17. Almeida RM, Santos TC, Palasson RR, Cabral MC, Liberto MI. Higienização das mãos: questão de educação, saúde e cidadania. *Ver Baiana Saúde Pública*. 2017;40(1):206-15.
18. Garbaccio JL, Ferreira AD, Pereira AL. Conhecimento e prática referidos por idosos no autocuidado com a pele no Centro-Oeste de Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):45-56.
19. Santos SL, Silva JM, Fonteles MM. Educação em saúde sobre higiene íntima da mulher e infecções sexualmente transmissíveis: relato de experiência. *Ver Expressão Católica Saúde*. 2017;2(2):40-4.
20. Santos IV, Bomfim AM, Lessa VJ, Ferreira AM. Estratégias do enfermeiro na prevenção do câncer de pênis. *Rev UNIABEU*. 2018;11(29):362-73.
21. Dinato SL, Oliva R, Dinato MM, Macedo-Soares A, Bernardo WM. Prevalência de dermatoses em idosos residentes em instituição de longa permanência. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(6):543-7.
22. Silva DV, Carmo JR, Cruz ME, Rodrigues CA, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco*. 2019;10(3):112-8.
23. Borghardt AT, Prado TN, Bicudo SD, Castro DS, Bringuento ME. Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):431-8.
24. Sousa L, Ribeiro AP. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. *Saúde Soc*. 2013;22(3):866-77.
25. Cardoso AC, Noguez PT, Oliveira SG, Porto AR, Perboni JS, Farias TA. Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. *Enferm Foco*. 2019;10(3):34-9.

CONTRIBUIÇÃO DO MODIFIED EARLY WARNING SCORE (MEWS) PARA CONDUTA CLÍNICA PRECOCE

João Cruz Neto¹

Sara Teixeira Braga¹

Yasmin Ventura Andrade Carneiro¹

Rayane Moreira de Alencar¹

Woneska Rodrigues Pinheiro¹

<http://orcid.org/0000-0002-0972-2988>

<http://orcid.org/0000-0002-0584-2800>

<http://orcid.org/0000-0002-1340-1650>

<http://orcid.org/0000-0003-1989-3200>

<http://orcid.org/0000-0003-3353-9240>

Objetivo: Avaliar a utilização do protocolo *Modified Early Warning Score* (MEWS) no gerenciamento do tempo de avaliação clínica.

Métodos: Revisão integrativa da literatura nas bases de dados LILACS, MEDLINE via PUBMED, BDNF e CINAHL, sem recorte de tempo. Os descritores utilizados foram: *Inpatients*, *Critical Care* e *Clinical Deterioration*, com os operadores booleanos AND e OR. A amostra foi composta por 15 artigos.

Resultados: Observou-se que o tempo de reavaliação clínica esteve entre 20 minutos e 72 horas, onde o tempo médio para a primeira avaliação foi de 17,5 horas, considerando as avaliações iniciais mínimas de 20 minutos e avaliação máxima de 48 horas. Quando identificados MEWS progressivo, o desfecho clínico levou a óbitos em menos de 30 dias, principalmente quando se relaciona escores de dois a oito com deterioração severa a partir do nível quatro.

Conclusão: O MEWS apresenta-se como importante coadjuvante na relação entre a classificação de risco e o tempo de avaliação clínica. Contudo, se faz necessário o investimento em educação permanente nos serviços com vistas a capacitação de profissionais, impactando no julgamento clínico, formulação do plano de ação e determinação do tempo para reavaliação do paciente durante a internação.

Descritores: Pacientes internados; Deterioração clínica; Assistência ao paciente; Cuidados críticos

MODIFIED EARLY WARNING SCORE (MEWS) CONTRIBUTION TO EARLY CLINICAL MANAGEMENT

Objective: Evaluate the use of the *Modified Early Warning Score* (MEWS) protocol in the management of clinical evaluation time.

Methods: Integrative review of the literature in the LILACS, MEDLINE databases via PUBMED, BDNF and CINAHL, without cutting time. The descriptors used were: *Inpatients*, *Critical Care* and *Clinical Deterioration*, with the Boolean operators AND and OR. The sample consisted of 15 articles.

Results: It was observed that the clinical reassessment time was between 20 minutes and 72 hours, where the average time for the first evaluation was 17.5 hours, considering the minimum initial evaluations of 20 minutes and maximum evaluation of 48 hours. When progressive MEWS was identified, the clinical outcome led to deaths in less than 30 days, especially when scores from two to eight are related to severe deterioration from level four onwards.

Conclusion: The MEWS presents itself as an important adjunct in the relationship between risk classification and the time of clinical evaluation. However, it is necessary to invest in permanent education in the services in order to train professionals, impacting on clinical judgment, formulation of the action plan and determination of time for reevaluation of the patient during hospitalization.

Keywords: Inpatients; Clinical deterioration; Patient care; Critical care

CONTRIBUCIÓN DEL MODIFIED EARLY WARNING SCORE (MEWS) A LA GESTIÓN CLÍNICA TEMPRANA

Objetivo: Evaluar el uso del protocolo *Modified Early Warning Score* (MEWS) en el manejo del tiempo de evaluación clínica.

Métodos: Revisión integradora de la literatura en las bases de datos LILACS, MEDLINE a través de PUBMED, BDNF y CINAHL, sin reducir el tiempo. Los descriptores utilizados fueron: pacientes hospitalizados, cuidados críticos y deterioro clínico, con los operadores booleanos AND y OR. La muestra constaba de 15 artículos.

Resultados: Se observó que el tiempo de reevaluación clínica fue de entre 20 minutos y 72 horas, donde el tiempo promedio para la primera evaluación fue de 17,5 horas, considerando las evaluaciones iniciales mínimas de 20 minutos y la evaluación máxima de 48 horas. Cuando se identificaron los MEWS progresivos, el resultado clínico condujo a muertes en menos de 30 días, especialmente cuando las puntuaciones entre dos y ocho se deterioraron severamente desde el nivel cuatro en adelante.

Conclusión: El MEWS se presenta como un complemento importante en la relación entre la clasificación del riesgo y el momento de la evaluación clínica. Sin embargo, es necesario invertir en la educación permanente en los servicios a fin de capacitar a los profesionales, lo que repercute en el juicio clínico, la formulación del plan de acción y la determinación del tiempo de reevaluación del paciente durante la hospitalización.

Descriptores: Pacientes hospitalizados; Deterioro clínico; Cuidado del paciente; Cuidados críticos

¹Universidade Regional do Cariri, Crato, CE, Brasil.

Autor correspondente: João Cruz Neto | Email: enfjncruz@gmail.com

Recebido: 01/04/2020 - Aceito: 08/12/2020

INTRODUÇÃO

O paciente crítico demanda maior atenção, planejamento e cuidados da equipe multiprofissional. Assim como necessitará de mais tecnologias em saúde durante a evolução do quadro clínico^{1,2}.

O gerenciamento do fluxo desses pacientes é uma atividade desafiadora para a equipe de saúde, reconhecer esse dimensionamento auxilia no manejo adequado dos cuidados emergenciais³.

Deste modo, a utilização de protocolos para identificação de pacientes em deterioração ajuda a prever o destino e desfecho clínico (internação, alta ou óbito), observando-se as associações entre o quadro clínico do paciente, recursos humanos, insumos e estrutura física disponível⁴.

A deterioração clínica diz respeito ao estado no qual o paciente se encontra no curso da doença. Nesse sentido, alguns dos principais instrumentos de avaliação da deterioração fisiológica são o *Early Warning Score* (EWS), *National Early Warning Score* (NEWS), *Modified Early Obstetrics Warning Score* (MEOWS) e *Modified Early Warning Score* (MEWS), sendo este último o mais utilizado na reclassificação e em emergências hospitalares^{5,6}.

Assim, o MEWS é uma ferramenta que facilita a comunicação e processos assistências entre a equipe de enfermagem e profissionais da medicina, em conformidade com o agravo clínico do paciente e escores no gráfico de observações, sendo possível a intervenção precoce a fim de evitar declínio da situação de saúde do paciente e transferências para Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁶.

A principal vantagem deste protocolo é a simplicidade de aplicação da ferramenta, sendo a monitoração dos sinais vitais suficiente para a marcação de itens referentes à escala. A avaliação dos sinais vitais é a principal estratégia para elaboração de um plano de ação baseado em scores que dizem respeito aos parâmetros fisiológicos, essa pontuação final auxilia o planejamento de intervenções e indicam a necessidade de novas avaliações para acompanhamento do desfecho clínico⁶.

A definição de três estratos de risco auxilia na melhor conduta a ser desenvolvida. O baixo risco de complicação e desencadeamento de eventos adverso (MEWS 0 a 4), indica apenas a monitorização e observação do paciente pela equipe de enfermagem; contudo, àqueles pacientes com elevação progressiva do escore deve-se ter os seus parâmetros vitais avaliados com maior frequência. Um estrato de risco intermediário (MEWS 5 a 6), justifica a avaliação dos sinais vitais de forma mais frequente pela equipe de enfermagem com solicitação de uma avaliação médica. E, por último, um estrato de alto risco (MEWS acima de 7), que justificaria o acionamento imediato do time de resposta

rápida se o médico responsável pelo paciente não estiver presente no local^{6,7}.

Os protocolos de avaliação e classificação de risco contribuem na condução da equipe de saúde, na priorização dos pacientes que precisam de atendimento rápido, permitindo maior qualidade na assistência em saúde⁷.

Portanto, essa estratégia permite determinar o tempo para reavaliação do paciente, considerando seu estado clínico, o que permite o manejo adequado do atendimento de alta complexidade⁴.

Nesse sentido, faz-se necessário um levantamento de evidências para analisar a associação entre a contribuição do protocolo de MEWS e a otimização do tempo de atendimento clínico. Objetiva-se avaliar a utilização do protocolo de MEWS no gerenciamento do tempo de avaliação clínica.

MÉTODOS

O método de síntese do conhecimento adotado foi uma revisão integrativa da literatura, que permite a formulação de conclusões gerais a respeito de determinada área do conhecimento, mediante uma síntese de estudos publicados na perspectiva em estudo.

O estudo compreendeu as seguintes etapas: I) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; II) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; III) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; IV) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; V) interpretação dos resultados; VI) apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁸.

A questão norteadora da presente revisão foi: Quais as evidências científicas que relacionam o tempo de avaliação clínica ao protocolo de Mews? Para encontrar respostas adequadas à pergunta de pesquisa e com vistas a uma melhor definição da população e do contexto, variáveis de interesse e de resultados optou-se pela estratégia *Population, Variables and Outcomes* (PVO)⁹ para busca dos artigos descritos no quadro 1.

Quadro 1. Descritores de assunto localizados no DeCS para os componentes da pergunta de pesquisa segundo a estratégia PVO

| Itens da estratégia | Componentes | Descritores do assunto (DeCS) | Descritores do assunto (MeSH) |
|---------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <i>Population</i> | Pacientes | <i>Pacientes Internados</i> | <i>Inpatients</i> |
| <i>Variables</i> | Assistência ao Paciente | <i>Cuidados Críticos</i> | <i>Critical Care</i> |
| <i>Outcomes</i> | Cuidado na deterioração clínica | <i>Deterioração Clínica</i> | <i>Clinical Deterioration</i> |

Coleta e organização dos dados

A coleta foi realizada entre os meses de setembro a dezembro de 2019, de forma pareada por pesquisadores distintos. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) durante o período de setembro a dezembro de 2019, utilizando o método de busca avançada e a categoria título, resumo e assunto. Em cada base de dados, os descritores de assunto do Medical Subject Heading (MeSH) da PubMed foram delimitados e cruzados, sendo utilizados: *Inpatients*, *Critical Care* e *Clinical Deterioration* com os operadores booleanos AND e OR.

Análise dos dados

Os artigos foram submetidos a um processo de filtragem constituído pelos critérios de inclusão: artigos disponíveis eletronicamente com texto completo online; classificados como originais; estudos primários, publicados em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os estudos duplicados e repetidos e os que não abordassem a temática investigada.

Utilizou-se o formulário adaptado para coleta de dados proposto por Ursi e Galvão¹⁰, que organizou as principais informações referentes aos estudos (Autor/Ano/Tipo de estudo/ Amostra/ Nível de Evidência/ Referência sobrecrita/ Título) como também dados do desenvolvimento do artigo (Tempo de reavaliação e Conclusão).

Realizou-se a categorização dos estudos que compuseram a amostra de acordo com os cinco níveis de evidência (NE) científica¹¹: I - Evidências de revisões sistemáticas ou metanálise de ensaios clínicos; II - Evidência de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem desenhado; III - Estudos de ensaios clínicos sem randomização; IV - Estudos de coorte e caso controle com delineamento explícito; V - Revisão sistemática de estudos descritivos/ qualitativos; VI - Que contemple um estudo qualitativo e VII - Opinião de autoridades/ relatórios de especialistas.

Utilizou-se o método de redução de dados para redução, exposição e comparação, bem como conclusão e verificação dos dados obtidos nas produções¹². Os dados estão descritos em tabela-síntese e discutidos com base na literatura pertinente. A síntese do conhecimento sobre a temática permitirá subsídios a equipe multiprofissional para a tomada de decisão sobre a prática referente a segurança do paciente, bem como a identificação de lacunas do

conhecimento para condução de novas pesquisas na área da classificação e reclassificação baseada no protocolo de MEWS.

O instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) demonstra o processo de busca e seleção dos estudos,¹³ conforme figura 1.

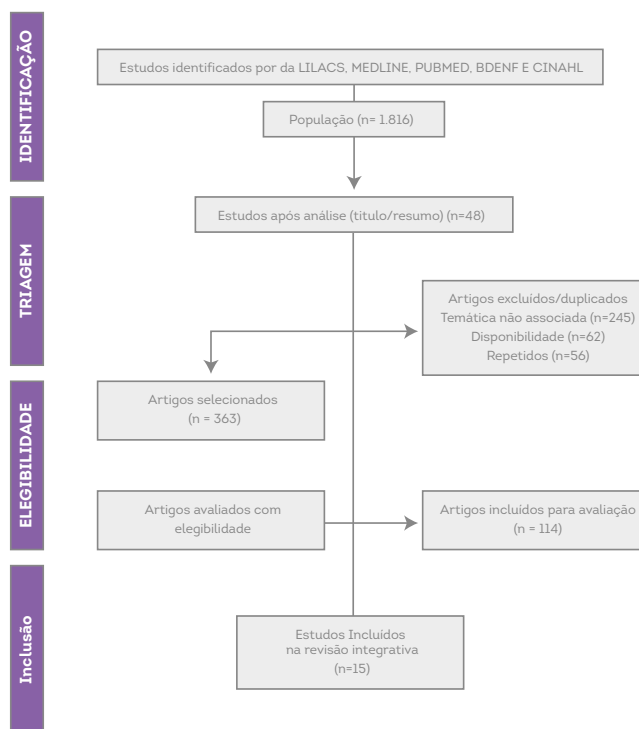


Figura 1. Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos por meio de cruzamentos

Os estudos de revisão não necessitam de aprovação no comitê de ética em pesquisa. Entretanto, é indispensável que esse tipo de investigação seja fiel aos dados dos estudos primários, bem como faça menção dos textos completos aplicando-se rigor científico ao explorá-los.

RESULTADOS

Foram incluídos 15 artigos nesta revisão integrativa. Teve prevalência em relação ao país de publicação os Estados Unidos com três estudos, seguido do Brasil (2), Holanda (2) e África do Sul (2) além da Austrália, China, Dinamarca, Grécia, Canadá e Coreia do Sul que obtiveram uma pesquisa, respectivamente. Os trabalhos foram desenvolvidos entre 2012 e 2019. A caracterização dos estudos selecionados é apresentada no quadro 2.

Os estudos considerados para esta pesquisa, objetivaram avaliar o melhor sinal vital preditor na parada cardíaca utilizando o MEWS^{14,20,24,26}, como também comparar a admissão

Quadro 2. Caracterização da produção científica sobre o tempo de avaliação clínica utilizando o protocolo de MEWS

| Autor/Ano/ Tipo de estudo/ amostra/ NE | Titulo | Tempo inicial para aplicação do protocolo MEWS | Conclusão |
|---|--|--|--|
| Churpek et al. (2012) ¹⁴ / Caso controle/ 88/ IV | Predicting Cardiac Arrest in the Wars | 30 min | O MEWS foi diferente entre pacientes com parada cardíaca nas 48H antes do evento. Ele inclui preditores ruins como a temperatura e omite significativos preditores como pressão arterial diastólica e a pressão de pulso. |
| Hammond et al. (2013) ¹⁵ / Documental prospectivo antes e depois/ 139/IV | The effect of implementing a modified early warning scoring (MEWS) system on the adequacy of vital sign documentation | 2h | Recomenda-se a documentação padrão, educação continuada, auditoria regular para identificar forças e fraquezas com o uso de sistemas para assistência de enfermagem como forma de registros com acurácia para reconhecer a deterioração de pacientes utilizando o MEWS. |
| Ludikhuizen et al. (2012) ¹⁶ / retrospectivo/204/IV | Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score | 48h | O estudo mostra pacientes em risco de deterioração e incentiva hospitais a fazerem investigações práticas para mensurar sinais vitais nos pacientes. |
| Keene et al. (2017) ¹⁷ / descritivo/ 181/VI | The effect of the quality of vital sign recording on clinical decision making in a regional acute care trauma ward | 4h | A piora dos sinais vitais é configurado por traumas agudos, para pacientes com degeneração fisiológica e deterioração. O MEWS pode empoderar enfermeiros no diagnóstico e detecção de pacientes deteriorando. As estratégias para provar a qualidade do registro de sinais vitais incluem a educação continuada, nível administrativo e usos de gráficos em sinais vitais. |
| So et al. (2015) ¹⁸ / prospectivo e descritivo/ 269/IV | Is the Modified Early Warning Score able to enhance clinical observation to detect deteriorating patients earlier in an Accident Emergency Department? | 24h | O MEWS quando incorporado a rotina do julgamento de enfermagem promove importantes implicações aos pacientes em deterioração. Ele ajuda na identificação de anormalidades fisiológicas que são indicadores precoces para deterioração clínica. |
| Bunkenborg et al. (2019) ¹⁹ / prospectivo não randomizado/803/III | Bedside vital parameters that indicate early deterioration | 24h | Existe forte associação entre aumento anormal da frequência respiratória e cardíaca. As recomendações do MEWS servem de base de leito para julgar a deterioração clínica do paciente. Sempre que o MEWS for identificado em níveis 2 ou 3 apresenta a taquipneia e/ou taquicardia. |
| Rocha et al. (2016) ⁵ / transversal retrospectivo/ 115/ IV ⁶ | Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos | 30 min | A simplicidade da aplicação do MEWS faz com que apenas a identificação dos sinais do paciente seja suficiente para a marcação do item correspondente escala, associando a frequência de reavaliações. |
| Stark et al. (2015) ²⁰ / documental/ 62/ VI | An Early Warning Score Predicts Risk of Death after In-hospital Cardiopulmonary Arrest in Surgical Patients. | 24h | Pontuações de aviso simples e fáceis de implementar, como o MEWS, podem identificar pacientes em risco de morte sendo uma oportunidade de intervenção clínica melhorando taxas de mortalidade hospitalar. |
| Mendes et al. (2018) ⁴ / transversal quantitativo/ 1.674/ V | Associação Entre O Acolhimento Com Classificação De Risco, Desfecho Clínico e o Escore MEWS | De 20 a 40 min | Os resultados demonstraram que a classificação de risco foi efetiva em definir a prioridade de atendimento e prever o desfecho em uma unidade de urgência e emergência. |
| Zografakis Sfakianakis et al. (2018) ²¹ / observacional prospectivo-retrospectivo/ 153/ IV | The value of the Modified Early Warning Score for unplanned Intensive Care Unit admissions of patients treated in hospital general wards | 4h | A deterioração do paciente nas enfermarias em geral pode resultar em eventos adversos graves. A pontuação de alerta precoce é um forte indicador do resultado e pode ser usada como uma ferramenta de monitoramento para mortes potencialmente evitáveis e internações não planejadas na UTI. |
| van Galen et al. (2016) ²² / prospectivo/ 1053/ IV | A Protocolised Once a Day Modified Early Warning Score (MEWS) Measurement Is an Appropriate Screening Tool for Major Adverse Events in a General Hospital Population | 24h | A adesão ao protocolo foi alta, embora um terço dos escores críticos tenha sido calculado errado. Pacientes com um MEWS 3 experimentaram significativamente mais eventos adversos. O valor preditivo negativo de MEWS no início da manhã <3 foi de 98,1%, indicando a confiabilidade de essa pontuação como uma ferramenta de triagem. |
| Kruisselbrink et al. (2016) ²³ / prospectivo observacional/ 452/ IV | Modified Early Warning Score (MEWS) Identifies Critical Illness among Ward Patients in a Resource Restricted Setting in Kampala, Uganda: A Prospective Observational Study | 48h | O MEWS poderia fornecer uma ferramenta de triagem útil para identificar pacientes com maior risco de morte. |

Continua...

Continuação.

| Autor/Ano/ Tipo de estudo/ amostra/ NE | Título | Tempo inicial para aplicação do protocolo MEWS | Conclusão |
|--|---|--|--|
| Kim et al. (2015) ²⁴ / retrospectivo observacional/ 501/ IV | Modified Early Warning Score Changes Prior to Cardiac Arrest in General Wards | 24h | Cerca de metade dos pacientes ainda estavam no grupo com baixos níveis de MEWS 8 horas antes da parada cardíaca e MEWS crescentes ocorreram apenas em 46,8% dos pacientes, sugerindo que o monitoramento do MEWS sozinho não é suficiente para prever uma parada cardíaca. |
| Kyriacos et al. (2014) ²⁵ / retrospectivo / 55/ IV | Record Review to Explore the Adequacy of Post-Operative Vital Signs Monitoring Using a Local Modified Early Warning Score (Mews) Chart to Evaluate Outcomes | 8h | O MEWS fornece um sistema de pontuação útil para interpretar a deterioração clínica e orientar a intervenção. |
| Mathukia et al. (2015) ²⁶ / observacional/ 100/ VI | Modified Early Warning System improves patient safety and clinical outcomes in an academic community hospital | 4h | A implementação do MEWS em nosso instituto levou a uma maior utilização do sistema de resposta rápida, mas eventos de parada cardiopulmonar mais baixos; isso está associado a uma menor taxa de mortalidade e melhora do paciente segurança e resultados clínicos. |

NE - Nível de Evidência

não planejada antes e depois da utilização do MEWS na UTI¹⁵ ou descrever práticas atuais na mensuração e documentação da deterioração clínica utilizando o MEWS^{4,6,16-19,21-23,25}. Teve-se prevalência de estudos com NE IV^{6,15,16,18,21-25}.

Quanto aos desenhos dos estudos, quatro eram prospectivos^{18,19,22,23}, três eram retrospectivos^{16,24,25}, dois observacionais^{21,26}, dois transversais^{4,6}, dois documentais^{15,20}, um do tipo caso controle¹⁴ e um descritivo¹⁷. Os estudos eram de maioria internacionais sendo apenas dois nacionais^{4,6}. A amostra de pacientes nesses estudos variou de 55²⁵ a 1.674⁴ participantes. Parte importante desses pacientes foi tida como grave⁴.

Em sua maioria os artigos abordam o tempo de avaliação e a associação com a parada cardíaca^{14,20,24,26}. Quanto ao cenário mais prevalente de desenvolvimento dos estudos, teve-se a enfermaria^{4,6,16-19,21-23,25}, seguido da UTI^{14,20,24,26}. Verificou-se que na UTI o conjunto de sinais de deterioração nas primeiras 24h são altos¹⁵. As paradas cardiorrespiratórias no setor acontecem principalmente por: insuficiência respiratória (PCR), arritmia, sepse, hemorragia e obstrução das vias aéreas^{20,21}. Destacou-se que as PCR podem apresentar em até oito horas antes dos eventos, baixas pontuações de MEWS²⁴.

O tempo médio de avaliação clínica foi de 17,5 horas, considerando as avaliações iniciais mínimas de 20 minutos⁴ e avaliação máxima de 48 horas²³. Por outro lado, a reavaliação clínica esteve entre 20 minutos e 72 horas^{4,23}, respectivamente.

O escore prevalente para deterioração clínica teve associação com a taquipneia e/ou taquicardia, com MEWS maior ou igual a dois^{19,25} e com altos índices de eventos adversos

acima do escore 3^{17,22,23}. Quanto ao tempo os estudos estavam relacionados com até 24h para avaliação¹⁸⁻²⁴, contudo esse tempo é indicado por alguns autores para até 4h^{15,17,21,26} e outras evidências mostram associações significantes quando os intervalos de avaliação são feitos em até 30 minutos^{4,6}.

Observou-se que a completa e oportuna mensuração dos sinais vitais é importante e, quando documentada, mostra o risco de vida de pacientes hospitalizados¹⁶. Estudos apontaram preditores importantes da deterioração clínica como frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial, quando associados os sinais e sintomas a escala de coma de Glasgow a pontuação na referida escala pode chegar até 15^{17-19,25}. Ressalta-se a idade como um sinal de alerta¹⁹.

Verificou-se ainda que quando identificados MEWS progressivos o desfecho clínico pode concretizar-se em óbitos em menos de 30 dias, principalmente quando se inicia os escores em nível de dois a oito com deterioração severa a partir do nível quatro^{6,19,21-23}.

Quanto aos registros, constatou-se que existem fortes evidências ao preenchimento ineficiente de dados relacionados aos sinais vitais e a reavaliação^{22,25}. Ressalta-se a pouca evidência na documentação de parâmetros como a taxa respiratória, diurese e saturação de oxigênio¹⁶. Por isso, recomenda-se a documentação padrão, educação continuada e auditoria regular dos serviços com a finalidade de identificar forças e fraquezas no reconhecimento da deterioração de pacientes utilizando o MEWS^{15,17}.

DISCUSSÃO

A avaliação clínica é tida como a tomada de decisão para realizar uma intervenção junto às condições de saúde

do paciente²⁷. Para isso, a utilização de instrumentos que permitem uma análise criteriosa das condições clínicas do paciente facilita a identificação de agravos com base na necessidade de instituir medidas terapêuticas em um curto espaço de tempo²⁸.

O uso do MEWS na avaliação e classificação de risco revela a relação entre as classificações urgentes e escores mais elevados, podendo ser utilizado ainda como preditor da internação hospitalar. Além disso, o MEWS dispõe de componentes interativos baseados em fluxos para melhor adequação e sistematização das ações que ajudam no acompanhamento e na evolução do quadro clínico dos pacientes⁴.

A continuidade do processo avaliativo permite que a equipe identifique os pacientes que requerem respostas rápidas ao longo de toda a permanência no setor²⁹. Existe ainda um time de resposta rápida que é acionada quando o escore de MEWS de um paciente encontra-se com prognóstico ruim, essa equipe impacta em menores taxas de mortalidade e prognóstico clínico²⁶.

Estudos sobre o MEWS observaram que a rápida instituição de condutas clínicas guiadas por classificação baseada em algoritmos geram respostas significativas dos pacientes, o que intervém diretamente na mortalidade hospitalar³⁰⁻³⁴. Contudo, é necessário considerar a composição dessas condutas, visto que para além da instituição de ações rápidas a resposta fisiológica do paciente é influenciada diretamente pela terapêutica instituída³⁰.

O protocolo MEWS possui sensibilidade na determinação de maus prognósticos e óbitos em menos de 30 dias após a internação hospitalar^{30,35}.

A sepse, uma importante causa de morte hospitalar, foi observada em um estudo com pacientes da emergência, no qual o desenvolvimento de uma escala modificada do MEWS permitiu prever maior confiabilidade quanto à taxa de mortalidade³⁶.

As escalas de alerta precoce permitem ainda o desenvolvimento de via rápida para o tratamento e o incentivo à adesão de algoritmos e protocolos para ressuscitação³⁷.

Em estudos desenvolvidos em Unidade de Terapia Intensiva^{21,22,38,39} o protocolo de MEWS permitiu identificar o prognóstico e internações não planejadas, pelo risco de deterioração clínica ao utilizar diferentes variáveis fisiológicas. Todavia, o MEWS possui preditores como a temperatura que não estão bem definidos na literatura quanto a sua confiabilidade na avaliação de deterioração^{14,15} e omite bons preditores no caso da pressão arterial sistólica e da pressão de pulso¹⁴.

Considerando essas variáveis fisiológicas, pesquisa envolvendo três hospitais da Europa revelou que a

documentação referente as observações de sinais orgânicos estavam incompletas para a maioria dos pacientes⁴⁰. Os estudos desta pesquisa revelam um tempo de avaliação de até 48h e reavaliação de 72h o que está divergência ao preconizado que é de, no mínimo, 12h se o escore foi igual a zero.

Destaca-se que os registros do protocolo de MEWS são feitos por uma equipe multiprofissional, porém, no serviço, delega-se essa função aos profissionais de enfermagem, empoderando as estratégias de cuidado por ser de fácil acesso e preenchimento simples^{17,18,41}.

Contudo, a utilização do MEWS torna a avaliação do paciente um processo coletivo, auxiliando toda a equipe na tomada de decisão e no planejamento da prestação de cuidados ao permitir uma avaliação e prevenção da deterioração clínica com foco na qualificação da assistência e na segurança do paciente, impactando na condução dos eventos nas unidades hospitalares e ampliando ainda o contato beira leito dos profissionais envolvidos^{6,42-44}. A equipe de enfermagem é uma das principais influenciadoras para a prática de protocolos e procedimentos operacionais padrão (POP) nos serviços de saúde⁴⁵.

Ressalta-se, ainda, que mesmo com os benefícios relativos à implementação de protocolos clínicos, os serviços encontram barreiras técnicas, administrativas e falta de recursos físicos e humanos para sua ampla utilização. Isso está associado a ausência de materiais específicos e de estratégias que subsidiem o processo de educação continuada e/ou permanente, o que ainda é uma lacuna existente nos diferentes níveis de atenção^{45,46}.

Aponta-se como limitações o quantitativo reduzido de produções que compuseram a amostra, bem como a investigação direcionada apenas ao gerenciamento de tempo, sugerindo-se pesquisas que contemplem as demais contribuições deste protocolo no manejo de pacientes críticos. Era de interesse dos autores analisar, também, a reclassificação com base no plano de ação, porém este dado não foi encontrado nos estudos. Espera-se que esta pesquisa possa vir a contribuir com a ampliação do conhecimento sobre evidências científicas que relacionam o tempo de avaliação clínica e o uso de protocolos internacionais.

O estudo apresenta subsídios e demonstra a importância da avaliação para a conduta clínica. Assim, os profissionais devem ser constantemente aperfeiçoados para uma melhor prática assistencial especialmente na classificação e reclassificação, registro integral dos achados e reconhecimento de scores terapêuticos tendo em vista o melhor prognóstico dos pacientes.

CONCLUSÃO

A utilização do MEWS apresentou-se como importante coadjuvante no gerenciamento do tempo de avaliação clínica. Os escores obtidos estimam adequadamente os eventos de grave ocorrência e preveem o destino e desfecho clínico (internação, alta, óbito) de pacientes. A adequação da avaliação clínica é dependente do treinamento e experiência dos profissionais na aplicação do instrumento. Os estudos que mostraram baixa sensibilidade para detectar o paciente emergente e muito urgente estão ligados a elaboração do plano de ação. Neste caso, julga-se importante o

investimento em programas de educação permanente que viabilizem o acesso aos protocolos e a diminuição de barreiras que impactam diretamente na avaliação e reavaliação clínica, aumentando substancialmente o tempo de sobrevivência dos indivíduos.

Contribuições dos autores:

Concepção do estudo: WRP, RMA. Coleta de dados, análise e interpretação dos dados: JCN, STB, YVAC. Redação do artigo: JCN, STB. Revisão crítica: WRP, RMA, JCN, STB. Revisão e aprovação da versão final: JCN, STB, YVAC, WRP, RMA.

REFERÊNCIAS

- Gonçalves PC, Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TC. Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a Emergency Hospital. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(3):424-31.
- Boniatti MM. Avanços na atuação, mais benefícios... as perspectivas dos times de resposta rápida. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):217-9.
- Oliveira GN, Camparo VC, Lopes MC. Correlação das categorias de classificação de risco com aspectos clínicos e desfechos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2842.
- Mendes TJ, Silveira LM, Silva LP, Stabile AM. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore Mews. *REME Rev Min Enferm*. 2018;22:e1077.
- Galvão J, Silva JC. Sistemas de avaliação precoce na identificação de morbidades maternas: revisão sistemática. *Saúde Pesqui*. 2017;10(3):587-96.
- Rocha TF, Neves JG, Viegas K. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):906-11.
- Nascimento DM. Registros eletrônicos na identificação da avaliação dos pacientes admitidos em um hospital privado segundo protocolo de avaliação e classificação de risco [dissertação] [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2018 [citado 2019 Set 9]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-05122018-203411/pt-br.php>
- Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
- Bernardo WM, Nobre MR, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II - buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(1):104-8.
- Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;14(1):124-31.
- Stilwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice: step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs*. 2010;110(5):41-7.
- Whittemore R, Knaf K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
- Fuchs SC, Paim BS. Revisão sistemática de estudos observacionais com metanálise. *Rev HCPA*. 2010;30(3):294-301.
- Churpek MM, Yuen TC, Huber MT, Park SY, Hall JB, Edelson DP. Predicting cardiac arrest in the wars: a nested case-control study. *Chest*. 2012;141(5):1170-6.
- Hammond NE, Spooner AJ, Barnett AG, Corley A, Brown P, Fraser JF. The effect of implementing a modified early warning scoring (MEWS) system on the adequacy of vital sign documentation. *Aust Crit Care*. 2013;26(1):18-22.
- Ludikhuizen J, Smorenburg SM, Rooij SE, Jonge E. Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score. *J Crit Care*. 2012;27(4):424.e7-13.
- Keene CM, Kong VY, Clarke DL, Brysiewicz P. The effect of the quality of vital sign recording on clinical decision making in a regional acute care trauma ward. *Chin J Traumatol*. 2017;20(5):283-7.
- So SN, Ong CW, Wong LY, Chung JY, Graham CA. Is the Modified Early Warning Score able to enhanced clinical observation to detect deteriorating patients earlier in an Accident & Emergency Department. *Australas Emerg Nurs J*. 2015;18(1):24-32.
- Bunkenborg G, Poulsen I, Samuelson K, Ladelund S, Akesson J. Bedside vital parameters that indicate early deterioration. *Int J Health Care Qual Assur*. 2019;32(1):262-72.
- Stark AP, Maciel RC, Sheppard W, Sacks G, Hines OJ. An early warning score predicts risk of death after in-hospital cardiopulmonary arrest in surgical patients. *Am Surg*. 2015;81(10):916-21.
- Zografakis Sfakianakis M, De Bree E, Linardakis M, Messaritaki A, Askitopoulou H, Papaioannou A, et al. The value of the Modified Early Warning Score for unplanned Intensive Care Unit admissions of patients treated in hospital general wards. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(3):e12632.
- van Galen LS, Dijkstra CC, Ludikhuizen J, Kramer MH, Nanayakkara PW. A protocolised once a day Modified Early Warning Score (MEWS) measurement is an appropriate screening tool for major adverse events in a general hospital population. *PLoS One*. 2016;11(8):0160811.
- Kruisselbrink R, Kwizera A, Crowther M, Fox-Robichaud A, O'Shea T, Nakibuuka J, et al. Modified Early Warning Score (MEWS) identifies critical illness among ward patients in a resource restricted setting in Kampala, Uganda: a prospective observational study. *PLoS One*. 2016;11(3):e0151408.
- Kim WY, Shin YJ, Lee JM, Huh JW, Koh Y, Lim CM, et al. Modified Early Warning Score changes prior to cardiac arrest in general wards. *PLoS One*. 2015;10(6):e0130523.
- Kyriacos U, Jelsma J, Jordan S. Record review to explore the adequacy of post-operative vital signs monitoring using a local Modified Early Warning Score (Mews) Chart to Evaluate Outcomes. *PLoS One*. 2014;9(1):e87320.

26. Mathukia C, Fan W, Vadyak K, Biege C, Krishnamurthy C. Modified Early Warning System improves patient safety and clinical outcomes in an academic community hospital. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2015;5(2):267-16.
27. Teixeira CR, Pereira MC, Kusumota L, Gaioso VP, Mello CL, Carvalho EC. Evaluation of nursing students about learning with clinical simulation. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):311-9.
28. Guimarães Neto AC, Porto JD. Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: uma análise da produção brasileira. *Rev SBPH*. 2017;20(2):66-88.
29. Roque KE, Tonini T, Melo EC. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(10):e00081815.
30. Wang AY, Fang CC, Chen SC, Tsai SH, Kao WF. Periarrest Modified Early Warning Score (MEWS) predicts the outcome of in-hospital cardiac arrest. *J Formos Med Assoc*. 2016;115(2):76-82.
31. Gardner-Thorpe J, Love N, Wrightson J, Walsh S, Keeling N. The value of Modified Early Warning Score (MEWS) in surgical in-patients: a prospective observational study. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006;88(6):571-75.
32. Green M, Lander H, Snyder A, Hudson P, Churpek M, Edelson D. Comparison of the Between the Flags calling criteria to the MEWS, NEWS and the electronic Cardiac Arrest Risk Triage (eCART) score for the identification of deteriorating ward patients. *Resuscitation*. 2017;123:86-91.
33. Ghosh E, Eshelman L, Yang L, Carlson E, Lord B. Early deterioration indicator: data-driven approach to detecting deterioration in general ward. *Resuscitation*. 2017;122:99-105.
34. Khwannimit B, Bhurayanontachai R, Vattanavanit V. Comparison of the accuracy of three early warning scores with SOFA score for predicting mortality in adult sepsis and septic shock patients admitted to intensive care unit. *Hearth Lung*. 2019;48(3):240-4.
35. Stafseth SK, Grønbeck S, Lien T, Randen I, Lerdal A. The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: an exploratory study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;34:33-41.
36. Çildir E, Bulut M, Akalın H, Kocabas E, Ocakoglu G, Aydın SA. Evaluation of the modified MEDS, MEWS score and Charlson comorbidity index in patients with community acquired sepsis in the emergency department. *Intern Emerg Med*. 2013;8:255-60.
37. Mota M, Cunha M, Santos M, Cunha IC, Alves M, Marques N. Intervenções de enfermagem pré-hospitalar: revisão narrativa. *Enferm Foco*. 2019;10(4):122-8.
38. Yu S, Leung S, Heo M, Soto GJ, Shah RT, Gunda SD, et al. Comparison of risk prediction scoring systems for ward patients: a retrospective nested case control study. *Crit Care*. 2014;18:1-9.
39. Meynaar IA, Huber P, van den Berg AE, Vermeulen J, Toorenburg K, Melief P, et al. Mews at the time of ICU discharge is associated with outcome. *Intensive Care Med Exp*. 2015;3(Suppl 1):136-7.
40. Considine J, Jones D, Pilcher D, Currey J. Patient physiological status at the emergency department-ward interface and emergency calls for clinical deterioration during early hospital admission. *J Adv Nurs*. 2016;72(6):1287-300.
41. Al-Kalaldehy M, Suleiman K, Abu-Shahroor L, Al-Mawajdah H. The impact of introducing the Modified Early Warning Score 'MEWS' on emergency nurses' perceived role and self-efficacy: a quasi-experimental study. *Int Emerg Nurs*. 2019;45:25-30.
42. Cipriano ES, Salgado BS, Oliveira AN, Aguiar BG. Implantação do Score de deterioração clínica (MEWS) em um hospital privado da cidade do Rio de Janeiro e seus respectivos resultados. *Enferm Bras*. 2018;17(1):34-42.
43. Oliveira WA. Epidemiologia em urgência e emergência pré-hospitalar como ferramenta gerencial. *Rev Saúde Faciplac*. 2016;3(2):33-46.
44. Stadler GP, Lunardi VL, Leal SM, Mancia JR, Alves PR, Viegas K. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva: implementação de protocolo de banho no leito para pacientes adultos críticos. *Enferm Foco*. 2019;10(7):109-14.
45. Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito MF, Moura AA, Zanetti AC. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):126-34.
46. Brasil RF, Silva MJ, Moura ER. Evaluation of the clinical protocol quality for family planning services of people living with HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03335.

ÁRVORE DA VIDA: PROJETO DE IMPRESSÃO PLACENTÁRIA EM MATERNIDADES PÚBLICAS ESTADUAIS DO CENTRO-OESTE

Raiane Rayssa Pereira dos Santos¹

Amanda Santos Fernandes Coelho¹

Aline Bueno Coelho¹

Stéphanie Marques Alves Vieira Angelim¹

Laryssa Rezende Faria¹

Samira dos Passos Hanum¹

Ana Claudia Andrade Cordeiro Pires¹

Janaina Valadares Guimarães²

<https://orcid.org/0000-0003-4692-5810>

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

<https://orcid.org/0000-0003-1949-068X>

<https://orcid.org/0000-0003-4679-1197>

<https://orcid.org/0000-0001-9816-174X>

<https://orcid.org/0000-0002-9505-9106>

<https://orcid.org/0000-0003-1017-164X>

<https://orcid.org/0000-0003-1012-4405>

Objetivo: Relatar a experiência de residentes e enfermeiros obstétricos na implantação do projeto de impressão placentária em maternidades públicas do estado de Goiás.

Métodos: Trata-se de um relato de experiência acerca da realização de impressão placentária. A iniciativa ocorreu em Hospitais-Maternidades de Goiânia-GO. O projeto se iniciou em janeiro de 2019 e ficou vigente até março de 2020, devido à pandemia da Covid-19. O público-alvo consistiu em mulheres assistidas pela equipe de enfermagem obstétrica, sem exclusão de qualquer natureza.

Resultados: As parturientes que receberam o carimbo da placenta expressaram face de surpresa e transmitiram sentimentos de gratidão, felicidade, empatia e sensibilidade. O momento do parto e nascimento é resgatado por meio de uma memória positiva, expressa, muitas vezes, pelo olhar direcionado ao recém-nascido. Ocorre o estreitamento do vínculo com a equipe de saúde, favorecendo uma comunicação facilitada, satisfação e confiança, além do estímulo profissional, aperfeiçoamento da técnica e promoção da humanização.

Conclusão: O Carimbo da Placenta é um método de registro e de resgate do parto e nascimento que, somado às boas práticas, garantem não só a humanização na assistência, mas um vínculo afetivo e de segurança da paciente com a equipe de saúde.

Descritores: Placenta; Enfermagem obstétrica; Humanização da assistência

TREE OF LIFE: PLACENTA PRINTING PROJECT IN PUBLIC MATERNITIES IN THE MIDWEST STATE

Objective: To report the experience of residents and obstetric nurses in implementing the placenta printing project in public maternity hospitals in Goiás State.

Methods: This is an experience report about placenta printing. The initiative took place in Maternity Hospitals in Goiânia-GO. The project started in January 2019 and went on until March 2020, due to the Covid-19 pandemic. The target audience consisted of women assisted by the obstetric nursing team, without exclusion of any kind.

Results: The parturients who received the placenta stamp were surprised and expressed feelings of gratitude, happiness, empathy and sensitivity. The childbirth moment is recovered through a positive memory, often expressed by looking at the newborn. Bonds are established with the health team, favoring open communication, satisfaction and trust, in addition to professional stimulation, technique improvement and promoting humanization.

Conclusion: The Placenta Stamp is a method of registering and recovering labor and birth that, added to good practices, guarantee not only the humanization of assistance, but also the affective bond and safety feelings of the patient toward the health team.

Keywords: Placenta; Obstetric nursing; Humanization of assistance

ÁRBOL DE LA VIDA: PROYECTO DE IMPRESIÓN DE PLACENTA EN MATERNIDADES PÚBLICAS ESTADUALES DEL CENTRO-OESTE

Objetivo: Informar sobre la experiencia de residentes y enfermeras obstétricas en la implementación del proyecto de impresión placentaria en maternidades públicas en el Estado de Goiás.

Métodos: Este es un informe de experiencia sobre la realización de la impresión de placenta. La iniciativa se pasó en los hospitales-maternidades de Goiânia-GO. El proyecto comenzó en enero de 2019 y siguió hasta marzo de 2020, debido a la pandemia de Covid-19. El público objetivo consistió en mujeres asistidas por el equipo de enfermería obstétrica, sin exclusión de ninguna naturaleza.

Resultados: Las parturientas que recibieron el sello de placenta expresaron sorpresa y transmitieron sentimientos de gratitud, felicidad, empatía y sensibilidad. El momento del parto y el nacimiento se rescata a través de una memoria positiva, expresada, muchas veces, mirándose al recién nacido. Existe un estrechamiento del vínculo con el equipo de salud, lo que favorece a la comunicación, satisfacción y confianza, además de la estimulación profesional, la mejora de la técnica y la promoción de la humanización.

Conclusión: El Sello de la Placenta es un método de registro y rescate del parto y del nacimiento que, sumado a las buenas prácticas, garantizan no solo la humanización de la asistencia, sino también el vínculo afectivo y de seguridad del paciente con el equipo de salud.

Descriptores: Placenta; Enfermería obstétrica; Humanización de la asistencia

¹Hospital Materno Infantil de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

²Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Autor correspondente: Amanda Santos Fernandes Coelho | Email: amandasantosp@yahoo.com.br

Recebido: 01/02/2020 - Aceito: 14/12/2020

INTRODUÇÃO

A enfermagem obstétrica desempenha papel essencial no ciclo gravídico-puerperal, permitindo o resgate do parto natural e conferindo segurança e autonomia à mulher, por meio de um cuidado holístico, fundamentado em aspectos sociais e culturais envolvidos no processo de gestar e parir, diminuindo as intervenções desnecessárias e os danos físicos e psicológicos¹.

Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) da Secretaria Estadual de Saúde, modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinam-se às profissões da saúde, com exceção da médica². Incorporada aos PRAPS, a Enfermagem Obstétrica, como estratégia para qualificação dos profissionais, possui papel fundamental na qualificação dos serviços de saúde e na assistência à mulher no processo parturitivo, refletindo diretamente na melhoria da saúde perinatal³.

A Residência de Enfermagem Obstétrica do Estado de Goiás realizou em 2019 o projeto “Árvore da Vida”, que compõe várias ações de humanização do parto e nascimento⁴.

No contexto do parto e nascimento, a placenta exibe suas impressões placentárias, que são como impressões digitais, representando cada nascimento com suas características de modo singular, utilizando recursos artísticos para registrar e recordar esse momento especial na vida de uma mulher. Referidas impressões revelam as características exclusivas daquela árvore que nutriu e protegeu o feto.

O processo de parto exibe fases clínicas compreendidas em três períodos: o primeiro, também chamado de trabalho de parto ou dilatação, é composto por três fases – 1) fase latente, 2) fase ativa, e 3) fase de transição; há o segundo, também chamado de expulsivo ou de nascimento; e ainda o terceiro, conhecido como dequitação ou placentário, consistente de três tempos: deslocamento, descida e expulsão da placenta, com duração fisiológica de até 30 minutos⁵.

Como parte dos momentos do parto, as práticas humanizadas refletem boas experiências para a mãe, que repercutem psicologicamente pelo resto da vida, pois fortalecem seu vínculo com o filho em um ambiente onde os profissionais proporcionam segurança e respeito a esse momento. O carimbo da placenta, como prática de humanização à assistência ao binômio mãe-filho, contribui para eternizar o momento do nascimento⁶.

O Projeto Apice On⁷ – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia – é uma iniciativa do Ministério da Saúde que pretende contribuir com a implementação e capilarização de práticas de cuidado, bem como com a atenção obstétrica e neonatal, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização em hospitais de ensino⁷.

O hospital em que a Residência de Enfermagem Obstétrica está inserida participa da rede de hospitais do Apice On, que, dentre muitas estratégias, proporcionou curso de capacitação às preceptoras do programa de residência em uma maternidade de referência no Rio de Janeiro.

O carimbo da placenta foi uma das práticas aprendidas e repassadas aos residentes, mediante o Projeto Apice On do Ministério da Saúde (MS). Historicamente não haviam essas práticas no modelo assistencial ao parto nos Hospitais Estaduais, portanto, trata-se de uma iniciativa pioneira no estado de Goiás.

Apesar de ser uma prática bem difundida e realizada por enfermeiros obstétricos e doulas, não foram encontrados artigos científicos ou relatos de experiência acerca do Carimbo da Placenta com os descritores utilizados, tampouco registro de seus precursores, todavia há uma diversidade de blogs e perfis em mídias sociais, que expõe o Carimbo da Placenta e seu passo a passo. Os registros encontrados sobre a prática estão apenas em sites institucionais.

Assim, diante do exposto, esse artigo tem como objetivo relatar a experiência de residentes e enfermeiros obstétricos na implantação do projeto de impressão placentária em uma maternidade pública do estado de Goiás.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade de relato de experiência, acerca da realização de impressão placentária. Todo o projeto foi descrito e padronizado para controlar o fluxo e evitar o risco de infecções em ambas as maternidades. A realização se deu nos casos em que a mãe demonstrou o interesse em ter impressão da placenta e quando houve viabilidade.

A iniciativa ocorreu em dois Hospitais-Maternidades de risco habitual e alto risco, inseridos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), da Região Central do Brasil.

O projeto teve início em janeiro de 2019 e ficou vigente até março de 2020, devido às recomendações de não manipulação da placenta em tempos de COVID⁸.

O público-alvo considerado constou de todas as parturientes assistidas pela equipe de enfermagem obstétrica, de risco habitual e alto risco, das com indicação de parto cesariano, inclusive. Não houve exclusão de qualquer natureza.

Não houve conflito de interesses na pesquisa e foram levados em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução N^o 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Quando o carimbo era

entregue à mãe, solicitávamos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para uso de imagem.

Relatar a experiência de residentes e enfermeiros obstétricos na implantação do projeto de impressão placentária em duas maternidades públicas do estado de Goiás; humanizar a assistência e eternizar a lembrança do parto e nascimento; fortalecer o vínculo mãe-filho; estreitar o vínculo profissional de saúde e cliente; valorização da enfermagem obstétrica no cuidado materno-infantil.

O projeto intitulado “Árvore da Vida” teve início em janeiro de 2019, idealizado pela Residência de Enfermagem Obstétrica do Hospital Estadual de Referência para Gestantes de Alto Risco e uma Maternidade Estadual para Gestantes de Risco Habitual. Foram realizadas 50 impressões placentárias durante o intervalo de tempo anteriormente descrito, com o objetivo de humanizar a assistência e eternizar a lembrança do parto e nascimento.

Para realizar o carimbo para impressão placentária são utilizados folha de papel, tinta guache, pincel, glitter, canetas, gaze, álcool 70% e a placenta. Esses materiais são financiados pelos próprios residentes e preceptores. O profissional que realiza o carimbo sempre utiliza os equipamentos de proteção individual (EPI): luvas cirúrgicas, touca, máscara e avental.

O carimbo da placenta foi realizado ainda dentro da sala de parto, nas unidades hospitalares em que as residentes exerceram a prática clínica. Após a dequitação da placenta e avaliação da mesma quanto à integridade das membranas, cotilédones e presença de calcificação, infarto e outras alterações, aquela é mantida reservada em um recipiente próprio, até que seja feita a revisão do canal de parto e cuidados de rotina para o restabelecimento da parturiente.

Primeiramente, a placenta era apresentada à mãe como o órgão que nutriu e “abrigou” seu filho durante o período gestacional. Em seguida, a mulher era comunicada que seria feita uma lembrança para registrar de forma especial esse momento. Os passos a seguir eram então realizados para a impressão placentária:

- a. colocação de luvas cirúrgicas;
- b. posicionamento da placenta em uma superfície plana;
- c. exposição do cordão umbilical;
- d. limpeza do excesso de sangue e secreção presentes na placenta;
- e. provocação de um ressecamento na placenta e cordão umbilical, utilizando álcool 70% e gaze;
- f. utilização de tinta guache por toda a extensão placentária;
- g. pressionamento do papel levemente com as mãos sobre o órgão;

h. retirada da placenta, dando origem ao carimbo;

i. conservação do papel em uma superfície limpa, em ar ambiente, até que a tinta secasse;

j. registro no papel do nome do recém-nascido, data, horário de nascimento, peso, estatura, nome dos profissionais que assistiram ao parto e nascimento, nome do acompanhante e alguma mensagem ou trecho de música que representasse o momento.

Obs.: nos carimbos onde o próprio sangue era empregado como tinta, a gaze e o álcool não eram utilizados.

Assim que finalizado, o carimbo era fotografado, utilizando o aplicativo CamScanner®, que mantém a imagem mais realística, e armazenado em um arquivo de mídia, a fim de manter o registro. Essas fotos também são mantidas no mesmo arquivo de mídia dos carimbos de placenta.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Este projeto foi exposto no Hospital de Referência em gestação de alto risco em que a residência tem sede, durante a Semana da Prematuridade, em novembro de 2019, com o intuito de apresentar essa prática humanizada aos demais profissionais e aos usuários. A partir do sucesso obtido na exposição, a ação tornou-se permanente em uma parede da instituição. O projeto também foi exposto neste mesmo mês no “Projeto Praças”, da Secretaria de Saúde do Estado, e chamou a atenção e curiosidade da comunidade, com destaque do Secretário da Saúde Estadual e de uma Vereadora, que participavam do evento. Esta vereadora fez questão de publicar a iniciativa em suas redes sociais e enaltecer o trabalho da enfermagem.

Diante dessa exposição, a coordenação da Residência de Enfermagem Obstétrica foi procurada pela Comunicação Setorial da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás para contar sobre a sua experiência. A entrevista foi direcionada aos profissionais da linha de frente, que realizaram o Carimbo da Placenta, para detalharem o projeto, sendo a matéria publicada no site oficial da Secretaria de Saúde do estado de Goiás. Houve o relato de uma paciente, que teve seu parto assistido pela equipe de enfermagem obstétrica e que recebeu o carimbo.

Em entrevista à Comunicação Setorial da Secretaria de Saúde do estado de Goiás, uma das pacientes que teve seu parto assistido pela equipe da Residência de Enfermagem Obstétrica destacou como pontos positivos a atenção, o respeito e o profissionalismo da equipe que trabalhava na unidade e disse: “Não tenho palavras para expressar a emoção e a alegria que senti ao receber o carimbo da placenta, lembrança da gravidez da minha princesinha. Para mim, foi algo novo, extremamente gratificante”⁹.

Além disso, a iniciativa ora em estudo concorreu à premiação nacional, pelo Projeto de Excelência em Gestão, destinada a projetos de gestão desenvolvidos pelos seus colaboradores, promovidos pela Organização Social em que era gerido. O projeto “Árvore da Vida” ficou entre os oito melhores.

Um projeto similar, denominado “Placenta com Guache”, desenvolvido por enfermeiros obstétricos da Maternidade Doutor Mário Nijjar, de São Gonçalo, no estado do Rio de Janeiro, concluiu mais de 300 atendimentos às mulheres. Os enfermeiros consideram que a replicação de práticas como estas tem sido de grande valia no atendimento às mulheres, que percebem a gentileza e transmitem felicidade e gratidão aos profissionais de saúde¹⁰.

Práticas como essas promovem a humanização do parto e nascimento, além de agregar as boas práticas como tecnologias do cuidado. Nesse sentido, a prática em questão está compreendida como Tecnologia do Cuidado Leve, pois implica na criação de relação entre sujeitos, e como Tecnologia do Cuidado Leve-Dura, uma vez que utiliza os saberes bem estruturados para atuar no processo de saúde¹⁰.

Segundo Duarte et al.¹⁰, esses recursos de tecnologia do cuidar estão relacionados às práticas não invasivas no processo de gestar e parir, que podem promover o estabelecimento de vínculo com o enfermeiro obstétrico.

Segundo Alves et al.¹¹, o cuidado digno é estabelecido por meio de vínculos entre equipe e profissionais, que por meio de uma comunicação facilitada minimize o estresse do paciente frente a sua condição clínica e ambiente hostil. Afirmam ainda que a adoção de práticas que considerem os aspectos físicos, sociais e subjetivos levam a uma prática mais humanizada da assistência e beneficia paciente e profissional, pois atua como uma “ferramenta para recuperação e manutenção da saúde”.

A comunicação clara e objetiva em momentos oportunos do trabalho de parto é uma importante ferramenta que opera como facilitadora do cuidado e do vínculo. Os métodos de comunicação não-verbal, como linguagem corporal, recursos ilustrativos e artísticos, colaboram na difusão de boas práticas de humanização do parto e nascimento⁶.

A assistência obstétrica à população tem ganhado em qualidade com a inserção da enfermagem obstétrica, visto que, com seu modelo assistencial, as intervenções desnecessárias têm menor ocorrência, principalmente a cesariana sem indicação clínica verdadeira, e a implementação de boas práticas à humanização estão em evidência¹².

A propagação de práticas que reforcem a humanização na assistência obstétrica é de fundamental importância para o resgate do protagonismo da mulher no parto e nascimento, pois lhe prepara para a fase puerperal, que traz outras

tantas transformações e adaptações. Quando o cuidado humanizado é prestado à mulher e à família desde o início do acompanhamento pré-natal até a concepção, a confiança construída para esta nova fase torna-se mais consistente, pois contribui para o estreitamento do vínculo com o filho⁶.

Observou-se que a entrega do carimbo causou curiosidade às demais parturientes da enfermagem, que não receberam a mesma lembrança. Tal fato ocorreu em razão do dimensionamento da equipe de Residência Obstétrica não ser capaz de suprir a demanda reprimida. É importante salientar que o Carimbo da Placenta não era feito apenas em partos vaginais assistidos pela equipe de enfermagem obstétrica. Quando havia tempo hábil e disponibilidade da equipe, residentes e preceptores participavam, em assistência compartilhada com a equipe médica nas salas de parto do centro cirúrgico, para auxiliar no parto natural ou cirúrgico e prestar assistência ao recém-nascido quanto aos primeiros cuidados.

Além disso, em decorrência do quantitativo reduzido de salas de parto das unidades hospitalares, notou-se que, quando havia uma demanda aumentada, se privava o tempo dedicado à realização do carimbo, visto que se deve otimizar o atendimento para uma assistência de equidade com todas as gestantes.

Esse é um desafio recorrente na saúde pública no Brasil, evidências científicas apontam que a falta de infraestrutura adequada aliada ao dimensionamento de pessoal insuficiente provocam uma assistência mecanizada, que muitas vezes dificultam uma atenção holística e individualizada para cada paciente e impactam diretamente na segurança dos pacientes assistidos no SUS¹³.

As parturientes, ao receberem o carimbo da placenta, expressavam face de surpresa e transmitiam sentimentos de gratidão, felicidade, empatia e sensibilidade. O momento do parto e nascimento passa a ser resgatado por meio de uma memória positiva, expressa, muitas vezes, pelo olhar direcionado ao recém-nascido. Ocorre assim o estreitamento do vínculo com a equipe de saúde, favorecendo uma comunicação facilitada, satisfação e confiança, além do estímulo profissional, aperfeiçoamento da técnica e promoção da humanização.

O reconhecimento e a divulgação desse projeto serviram de estímulo para a continuidade do mesmo e, com apoio da gestão hospitalar, uma vez que se trata de uma ação pioneira pela enfermagem obstétrica, implicando em reconhecimento, visibilidade e credibilidade para a categoria. Além disso, houve adesão de outros profissionais, tais como médicos, que solicitaram capacitação da impressão placentária pela enfermagem, com a finalidade de proporcionar humanização aos partos assistidos por eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença do Enfermeiro Obstétrico na assistência ao parto e nascimento busca o resgate do empoderamento feminino, do protagonismo da mulher no parto e do estreitamento do elo entre o binômio mãe-filho. A singularidade do momento e a humanização em todo o processo, minimizam intervenções, tornando o nascimento mais natural e registram memórias positivas, apesar de todo desconforto vivido no ambiente hospitalar. O Carimbo da Placenta é um método de registro e de resgate do parto e nascimento, que, somado às boas práticas, garantem não só a humanização na assistência, mas um vínculo afetivo e de segurança da paciente com a equipe de saúde. Foram vistos como fatores limitantes, que muitas vezes privavam algumas mulheres de receberem a lembrança, a falta de infraestrutura adequada, o número restrito de profissionais que aplicam o recurso e o aumento na demanda por atendimento em alguns períodos. É importante ressaltar que o registro dessas práticas no meio científico é essencial para a promoção do conhecimento baseado em evidências. Esse estudo busca, por meio dessa publicação, propagar a experiência, que pode ser positiva em outros ambientes e embasar novos

estudos na área, visto que não foram encontrados publicação científica ou relato de experiência sobre essa técnica, que já é amplamente divulgada no Brasil. Os registros encontrados estão contidos apenas em mídias sociais, jornais ou informativos de sites institucionais. A divulgação do projeto na Cidade em que está instaurado provocou curiosidade de quem ainda não conhecia a técnica e serviu como um veículo de propagação para implementação em outras instituições de saúde e também por equipes médicas.

Contribuições dos autores:

Concepção e/ou desenho do estudo: ASFC, ABC, RRPS, LRF, SMAVA, SPH. Coleta, análise e interpretação dos dados: RRPS, ABC, LRF, SMAVA, SPH. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: SMAVA, RRPS, ABC, ASFC, LRF, ACACP, JVG. Aprovação da versão final a ser publicada: ASFC, ACACP, JVG, RRPS, LRF, SMAVA, ABC.

Agradecimentos:

À instituição hospitalar que sediou a pesquisa e também ao Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem Obstétrica da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

REFERÊNCIAS

1. Silva JA, Aoyama EA. A importância da enfermagem obstétrica na saúde da mulher brasileira. *ReBIS*. 2020;2(2):1-6.
2. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS. Gerência da Escola Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago". Regimento Interno da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) dos Programas de Residência em área profissional da saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 18]. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2018-11/regimento-interno-da-coremu-27_12_17.pdf
3. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro AS. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(Esp):94-101.
4. Hospital Materno Infantil de Goiânia. Projeto arte com a placenta: "árvore da vida". Goiânia: Hospital Materno Infantil de Goiânia; 2019.
5. Nascimento AC, Lima AL, Araújo JC, Santos LD, Menezes MO. Assistência de enfermagem na fase latente do trabalho de parto: relato de experiência [Internet]. Congresso Internacional de Enfermagem; 2017 Maio 9-12; Sergipe: UNIT Universidade Tiradentes; 2017 [citado 2020 Fev 8]. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5410/1999>
6. Reis CC, Ferreira KR, Santos DA, Tenório IM, Brandão Neto W. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. *Cienc Enferm*. 2017;23(2):45-56.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Apice On - Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetria e neonatologia [Internet]. 2017 [citado 2020 Fev 8]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>
8. Poon LC, Yang H, Kapur A, Melamed N, Dao B, Divakar H, et al. Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: information for healthcare professionals [Internet]. 2020 [cited 2020 Abr 20];149(3):273-86. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.13156>
9. Silva MJ. Carimbo da placenta eterniza emoção do parto em hospitais da SES [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 24]. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/carimbo-de-placenta-eterniza-emocao-do-parto-em-hospitais-da-ses/>
10. Duarte MR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e54164.
11. Alves MA, Lippi UG, Garcia SA. Reflexões sobre a humanização na assistência de enfermagem obstétrica na visão do enfermeiro obstetra. *Enferm Bras*. 2015;14(2):99-110.
12. Gama SG, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive Health*. 2016;13(Suppl 1):225-33.
13. Souza DC. Qualidade e segurança na assistência materna: estratégias da equipe de enfermagem [monografia] [Internet]. Governador Mangabeira: Faculdade Maria Milza; 2018 [citado 2020 Jan 24]. Disponível em: <http://131.0.244.66:8082/jspui/bitstream/123456789/707/1/MANOGRRAFIA%20DAIANE%20.pdf>

“DESCOMPLICA, DONA BETE”: CONSTRUÇÃO DE APLICATIVO SOBRE PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES AGUDAS DO DIABETES MELLITUS

Eloisa Melo da Silva¹

Francineide Pereira da Silva Pena¹

Álfe Mateus Sena Guimarães¹

Mércia Gabrielle Bruno Bastos¹

José Luis da Cunha Pena¹

Érika Tatiane Fernandes de Almeida Rodrigues¹

Elizabeth Teixeira²

Camila Rodrigues Barbosa Nemer¹

<http://orcid.org/0000-0002-1876-3095>

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

<http://orcid.org/0000-0002-7919-659X>

<http://orcid.org/0000-0002-2886-2521>

<http://orcid.org/0000-0002-4705-3025>

<http://orcid.org/0000-0003-0539-1998>

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

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

Objetivo: Construir aplicativo para educação em saúde de pessoas com Diabetes Mellitus sobre prevenção de complicações agudas da doença.

Métodos: Estudo metodológico aplicado, exploratório, fase de produção tecnológica. Produção do aplicativo ocorreu em duas etapas: revisão de literatura; construção do aplicativo.

Resultados: Revisão: identificou-se 13 estudos. Na produção do aplicativo “Descomplica, Dona Bete”, optou-se pela construção em mídia, texto e áudio, com tela inicial de boas-vindas e tela secundária que direciona aos tópicos sobre prevenção das complicações agudas Hipoglicemia, Hiperglicemia, Cetoacidose Diabética e Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar.

Conclusão: O processo de construção do aplicativo baseado em evidências da literatura foi o primeiro passo para suprir parte de uma lacuna, considerando o déficit de conhecimento de pessoas diabéticas acerca das complicações agudas da doença. Portanto, constitui um suporte interativo para ações de educação em saúde com potencialidade para incentivar pessoas com diabetes a aprimorar o autocuidado preventivo.

Descritores: Tecnologia educacional; Cetoacidose diabética; Estado hiperglicêmico hiperosmolar; Hipoglicemia; Hiperglicemia

“DESCOMPLICA, DONA BETE”: CONSTRUCTION OF APPLICATION ON PREVENTION OF ACUTE COMPLICATIONS OF DIABETES MELLITUS

Objective: To build an application for health education of people with Diabetes Mellitus on prevention of acute complications of the disease.

Methods: Applied, exploratory methodological study, technological production phase. Application production took place in two stages: literature review; building the application.

Results: Review: 13 studies were identified. In the production of the application “Descomplica, Dona Bete”, we opted for the construction in media, text and audio, with a welcome initial screen and a secondary screen that directs to topics on prevention of acute complications Hypoglycemia, Hyperglycemia, Diabetic Ketoacidosis and Status Hyperglycemic Hyperosmolar.

Conclusion: The process of building the application based on evidence from the literature was the first step to fill part of a gap, considering the lack of knowledge of diabetic people about the acute complications of the disease. Therefore, it constitutes an interactive support for health education actions with the potential to encourage people with diabetes to improve preventive self-care.

Keywords: Educational technology; Diabetic ketoacidosis; Hyperosmolar hyperglycemic state; Hypoglycemia; Hyperglycemia

“DESCOMPLICA, DONA BETE”: CONSTRUCCIÓN DE APLICACIÓN PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES AGUDAS DE DIABETES MELLITUS

Objetivo: Desarrollar una aplicación para la educación sanitaria de las personas con diabetes mellitus sobre la prevención de complicaciones agudas de la enfermedad.

Métodos: Estudio metodológico exploratorio aplicado, fase de producción tecnológica. La producción de la aplicación se produjo en dos etapas: revisión de la literatura; construyendo la aplicación.

Resultados: Revisión: se identificaron 13 estudios. En la producción de la aplicación “Descomplica, Dona Bete”, elija construir en medios, texto y audio, con una pantalla de inicio de bienvenida y una pantalla secundaria que lo dirija a respuestas sobre complicaciones de complicaciones agudas Hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis diabética y estado hiperglicémico Hiperosmolar.

Conclusión: El proceso de construcción de la aplicación basada en la literatura fue el primer paso para llenar un vacío, considerando la falta de conocimiento de las personas diabéticas sobre las complicaciones agudas de la enfermedad. Por lo tanto, ofrecer apoyo interactivo para acciones de educación en salud con el potencial de alentar a las personas con diabetes a mejorar o prevenir el autocuidado.

Descriptor: Tecnología educacional; Cetoacidosis diabética; Estado hiperglicémico hiperosmolar; Hipoglucemia; Hiperglucemia

¹Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

²Universidade Estadual do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Autor correspondente: Eloisa Melo da Silva | Email: eloisa7melo@gmail.com

Recebido: 11/05/2020 - Aceito: 15/12/2020

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é problema de saúde mundial, dada sua magnitude observa-se que o delineamento epidemiológico, social e econômico, responde pela modificação na representação de adoecimento da população, principalmente nos países em desenvolvimento. Estima-se que 8,3% da população mundial vive com DM, e que nas próximas décadas o impacto da doença na população corresponda a 9,6% dos mais de 486 milhões de casos previstos para 2045¹. No ranking mundial o Brasil, ocupa o quinto lugar com 16,8 milhões de pessoas com DM, com prospecção para 2030 e 2045 de 21,5 e 26 milhões, respectivamente¹.

A evolução da doença e o seu mau controle contribui para elevada morbimortalidade que afeta a qualidade de vida das pessoas com DM e ainda custos elevados mandatórios para a efetivação do controle e tratamento das complicações agudas e crônicas². É importante evidenciar que tanto as complicações agudas como as crônicas podem ser prevenidas com adoção medidas de conhecimentos sobre as referidas complicações. É sabido ainda, que a acomodação e aceitação da pessoa ao diagnóstico clínico da doença é um processo complexo perante as alterações psicofisiológicas e do estilo de vida, as quais exigem adequação e vontade para praticar. Do mesmo modo, surge a necessidade de conhecimentos modificados mediante a nova realidade de vida, aparecendo problemas como as complicações até então desconhecidas.

Através de estudo com pessoas com DM, observou-se que o conhecimento insuficiente sobre a doença e suas complicações foi o mais prevalente entre os idosos do estudo, constatando-se que há lacunas nas orientações oferecidas pelos profissionais³. Dessa forma, se faz necessário incentivar a pessoa com DM a ser ativa em relação ao controle da doença e a prevenção das complicações, em especial as agudas, utilizando estratégias de educação em saúde direcionado à promoção da saúde, à prevenção das complicações agudas e ao autocuidado⁴.

O argumento proveniente do diagnóstico do DM e das complicações agudas confere ao enfermeiro a responsabilidade sobre a atividade de educação em saúde, em que é habilitado com potencial significativo para assessorar e guiar a pessoa com DM a lidar com os sinais e sintomas adversos que refletem no autocuidado, tendo em vista, o contato que favorece a relação terapêutica para promoção da saúde².

Nessa perspectiva, ações educativas sistematizadas e adaptadas ao cotidiano de cada pessoa podem melhorar o padrão de saúde impedindo e/ou postergando ocorrência das complicações do DM. Sob essa ótica educativa e assistencial, o tema tecnologia cuidadoso-educacional para

complicações agudas do DM justifica-se devido os pesquisadores durante as aulas práticas na atenção primária à saúde, observarem que as pessoas com DM, possuem déficit no reconhecimento das complicações agudas da doença como a hiperglicemia, hipoglicemia, cetoacidose diabética (CAD) e estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH). A partir disso, entende-se que por pessoas que vivem com DM não reconhecerem os sinais e sintomas das complicações agudas da doença estão mais suscetíveis ao aparecimento dessas e piora do quadro por não saberem quando buscar ajuda junto aos serviços de saúde.

O uso de tecnologias educativas de enfermagem age de modo a fortalecer e qualificar o cuidado⁵, considerando a singularidade de cada pessoa que é quem utiliza a tecnologia podendo ajudá-las no déficit de conhecimento, em direção a um cuidado de enfermagem mais eficaz e seguro⁵.

Partindo do exposto, o conceito de tecnologia cuidadoso-educacional apresenta como escopo a inserção de um novo modo de idealizar produtos e processos tecnológicos nos cenários da prática e da pesquisa em enfermagem e saúde, isso significa que o cuidar e educar desenvolvido pela enfermagem, no seu cotidiano em seus diferentes cenários de ação, não precisam estar dissociados um do outro, ou seja, durante uma práxis cuidadosa, pode-se também ser desvelado uma educativa⁶.

Para tanto, a questão que norteou este estudo atendeu o método IPAC - Informação, População Alvo, Contexto: Aplicativo para pessoas com Diabetes Mellitus em seguimento na Atenção Primária à Saúde acerca das complicações agudas da doença. O objetivo deste estudo foi construir aplicativo para educação em saúde de pessoas com Diabetes Mellitus sobre prevenção de complicações agudas da doença.

MÉTODOS

Estudo metodológico aplicado, exploratório, de produção tecnológica, para construção de um aplicativo digital interativo para celular e/ou tablet cuja facilidade de oferecer informações sobre complicações agudas do Diabetes Mellitus para promoção da saúde dos pacientes.

A fase de construção do aplicativo ocorreu no Laboratório de Saúde do Adulto da Universidade de Federal do Amapá (UNIFAP). A avaliação do aplicativo foi realizada por uma banca com três professores da UNIFAP, expertise no tema, que fizeram considerações para ajustes, mas, consideraram a tecnologia apta para o público-alvo.

A produção do aplicativo se deu em duas etapas:

Primeira Etapa - A revisão seguiu os seguintes passos: identificação do tema e elaboração da questão norteadora;

seguido do estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações extraídas dos estudos selecionados; interpretação dos resultados e apresentação da revisão⁷. Dessa forma, formulou-se a questão norteadora: Quais as evidências científicas e dimensões dos estudos sobre as tecnologias educativas para complicações agudas do Diabetes Mellitus em adultos em seguimento na atenção primária a saúde (APS)? A questão seguiu o método PICO: onde P = participantes/população (pessoas adultas com Diabetes Mellitus), I = Interesse (tecnologias educativas sobre complicações agudas do DM), Co = Contexto (atenção primária à saúde).

A busca ocorreu no período de agosto a novembro de 2019 nas seguintes bases de dados/bibliotecas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e SciVerse Scopus (SCOPUS). Os descritores utilizados, em diferentes combinações, foram: "Hipoglicemia" ("Hypoglycemia"), "Tecnologia Educacional" ("Educational Technology"), "Hiperglicemia" ("Hyperglycemia"), "Cetoacidose Diabética" ("Diabetic Ketoacidosis"), "Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar" ("Hyperglycemic Status Hyperosmolar").

Foram incluídos artigos publicados em português, inglês e espanhol, texto completo disponível, delimitação temporal de 2010 a 2019, tendo sido excluídos monografia, dissertação de mestrado e tese de doutorado artigos em outros idiomas, opinião de especialistas e carta ao editor.

Após seleção e inclusão dos estudos foi realizada a leitura dos artigos na busca de temas geradores para compor o conteúdo do aplicativo, utilizando um roteiro sistematizado para registrar os dados de interesse.

Segunda Etapa – A construção teve como base o método IPAC em que I = Informação – sobre o que é a TE. PA = população alvo- para quem a TE. C = Contexto – que situação a TE vai mediar⁸. Sendo assim, optou-se por um aplicativo para pessoas com Diabetes Mellitus em seguimento na atenção primária à saúde acerca da prevenção de complicações agudas da doença.

A partir disso, a construção do aplicativo se deu em três fases: A fase I destinou-se à produção de textos como subsídios para as ilustrações, sendo coletado de livros o conteúdo^{9,10}, que passou por adaptações de linguagem técnica para linguagem acessível ao público alvo, sendo distribuído nos *screens* de forma equilibrada e respeitando padrões de design, como cor e tamanho da fonte, contraste e utilização de negrito quando necessário.

A fase II foi voltada à elaboração e escolha de ilustrações, preocupando-se com as que pudessem chamar

atenção do público alvo, buscando as que melhor expressassem os sintomas, além de facilitar a mensagem a ser transmitida, que fosse autoexplicativa.

A fase III envolveu as fases I e II, feito a organização, bem como layout e design, foi possível selecionar as mídias de texto e imagens, além de estrutura de manipulação. Utilizado a Plataforma *Thunkable*, que possibilitou juntar as mídias existentes por meio dos recursos disponíveis na referida plataforma. Quanto ao design, foram utilizados recursos de cores e contraste, distribuição de textos e imagens, áudio e localização nas diferentes *screens* do aplicativo.

A pesquisa teve início em fevereiro de 2019 com a revisão da literatura cuja finalidade de levantar as informações existentes para compor a tecnologia em forma de aplicativo, entre junho e agosto foi iniciada a criação do aplicativo e em novembro de 2019, a ilustração e dado o áudio as telas do aplicativo.

Ocorreu por meio de busca na literatura de artigos que estudassem sobre tecnologias educativas que abordassem complicações agudas do DM, nas bases de dados já descritas anteriormente. Por não ter identificado estudos direcionados à temática, a coleta de dados foi direcionada aos livros textos relacionadas às complicações agudas do DM.

Por ter se trabalhado com revisão de literatura, o presente trabalho dispensou aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Na revisão de literatura – Primeira Etapa – a amostra final foi de 13 estudos. No que tange a tecnologias sobre prevenção de complicações crônicas não houve identificação de materiais educativos para reconhecimento de complicações agudas da doença e promoção do autocuidado para pessoas com DM. Portanto, se torna pertinente à idealização da tecnologia cuidadoso-educacional na forma de aplicativo interativo em que a pessoa com DM poderá reconhecer os sinais e sintomas das complicações agudas da doença e identificar onde procurar assistência de saúde.

No que tange aos temas geradores para compor o conteúdo do aplicativo, foram listados os temas das quatro complicações agudas: Hipoglicemia, Hiperglicemia, Cetoacidose Diabética-CAD e Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar-SHH, além de educação em saúde.

Na produção do aplicativo – Segunda Etapa – após a organização do material em mídia e textos, visando atender pessoas não alfabetizadas, com deficiência ou dificuldade visual, o aplicativo "Descomplica, Dona Bete!" foi acrescido de recursos de áudio em todas as telas, o que direciona os

usuários para onde devem clicar e o que resultará na ação. O aplicativo foi construído com tela inicial de boas-vindas e tela secundária em que o usuário é convidado a entender o que são as complicações agudas do DM; na tela terciária se encontra o menu principal constituído por quatro botões interativos que direcionam às quatro complicações agudas: Hipoglicemia, Hiperglicemia, Cetoacidose Diabética, Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar.

As telas seguintes trazem a definição das referidas complicações e contam também com botões interativos sobre: "O que eu sinto?", "O que fazer?" e "Onde devo procurar ajuda?", além do botão "Voltar" (Figura 1).

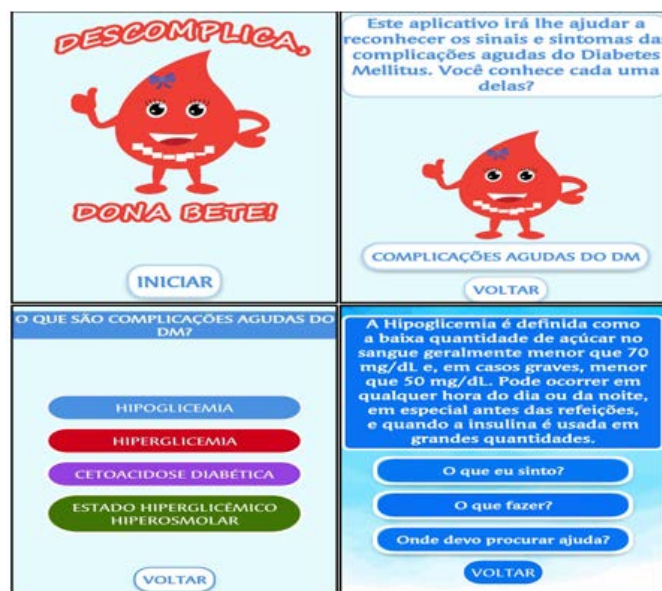


Figura 1. Telas do Aplicativo "Descomplica, Dona Bete!"

Na tela "O que eu sinto?" as imagens correspondem aos sinais e sintomas mais frequentes das complicações, sendo apresentadas de forma expressiva para que se entenda a mensagem e seguidas de textos como complemento para compreensão.

Na tela "O que fazer?" é apresentado por meio de imagens de fluxograma de como proceder ao perceber as manifestações da complicação aguda, estando sozinho ou acompanhado.

Na tela "Onde devo procurar ajuda?" o usuário irá encontrar os principais serviços de emergência da cidade de Macapá-AP, sendo eles Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - Norte e Sul, Hospital de Emergência, incluindo as Unidades Básicas de Saúde que oferecem atendimento em serviços de emergência e, ao clicar nos botões correspondentes, o mapa direciona a pessoa ao endereço do serviço de acordo com o lugar que ela está.

DISCUSSÃO

Apesar da gravidade das complicações agudas, por sua elevada ocorrência e pelas consequências originadas na vida das pessoas com DM, elas nem sempre são apreciadas por esses indivíduos e, às vezes, pelos profissionais de saúde. Atribui-se isso a delicada situação de desconhecimento desses distúrbios, assim, se tem a importância de advertir, por meio da tecnologia ora criada, as pessoas com DM para que afirmem habitualmente a presença de complicações agudas, desde o diagnóstico e o seguimento do tratamento farmacológico e/ou não farmacológico.

As complicações agudas do DM são resultantes da evolução da doença não controlada e em geral decorrem de eventos esporádicos¹¹, sendo a educação em saúde por tecnologias cuidativo-educacional uma modalidade não medicamentosa muito aplicada para manter o controle glicêmico e assim evitar complicações agudas. Nesse sentido, há necessidade que as pessoas com DM compreendam informações complexas para cuidar da saúde de forma adequada e evitar complicações ocasionadas pelo não controle da doença^{2,3}. Considera-se que o maior desafio é construir tecnologia que supra as necessidades de compreensão das pessoas para o efetivo controle glicêmico e prevenção de complicações.

Nessa perspectiva, um aplicativo como material educativo bem elaborado deve fornecer subsídios para controle da glicemia e a promoção de saúde. O aplicativo construído neste estudo constitui em estratégia adequada para educação em saúde mediando o processo de ensino-aprendizagem sobre complicações agudas do DM no adulto na atenção primária saúde, cuja formatação audiovisual lúdica, favorece o estímulo e o interesse nos usuários sobre o conteúdo. De acordo com a literatura, estratégia educativa por meio de vídeos pode favorecer modificações de condutas, pois os vídeos são relevantes ferramentas para auxiliar a educação em saúde¹².

Desse modo, o estímulo e o interesse constituem a mola propulsora que se almeja com a tecnologia em forma de aplicativo, isso porque a intenção educativa é o que vai deliberar a compreensão e o aprendizado com o uso da tecnologia. A ligeira evolução de tecnologias informacionais promove modificações na maneira de compreender conteúdos e traz aumento na construção do conhecimento, tornando-se ferramenta educacional ativa¹³. Por tudo isso, desenvolver recursos computacionais no formato de aplicativos móveis concebe um meio dinâmico de disponibilizar utensílios e alcançar o público-alvo desejado¹⁴.

Estudo a respeito do uso de aplicativos móveis para estimular a mudança de comportamento em saúde como alimentação saudável com aumento no consumo de frutas e

legumes e exercício físico, evidenciou associação positiva no hábito de vida¹⁵. Ainda no mesmo estudo, realizado a respeito das potencialidades das aplicações de celulares e tablets na autogestão de sintomas das doenças crônicas, corroborou-se na melhoria da condição de saúde das pessoas com diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doenças pulmonares¹⁵.

De forma geral, a tecnologia mostra-se relevante, principalmente por estar relacionada ao conhecimento e reconhecimento das complicações agudas do DM, assim como autocuidado, que por vezes observa-se ser insatisfatório, neste sentido, estudo com 123 adultos com DM em UBS; evidenciou que grande parte das pessoas apresentaram pontuação inferior a oito, sugerindo conhecimento insatisfatório para autocuidado e compreensão da doença, bem como obtiveram escore menor que setenta pontos indicando dificuldade no enfrentamento da doença³⁻¹².

Portanto, o aplicativo "Descomplica Dona Bete" ao ser usado deverá favorecer a participação das pessoas no processo ensino-aprendizagem, cooperando para a construção da educação em saúde para o empoderamento dos usuários referente às complicações agudas do diabetes mellitus. Esse aplicativo tem potencialidades apropriadas construídas com recursos que se identificam com os significados apreciados e partilhados no cotidiano dos usuários, adequado ao ambiente cultural e social em que a pessoa vive.

Como limitações deste estudo, cita-se a não validação do conteúdo, da aparência e da aplicabilidade com expertises das áreas de enfermagem, design, comunicação social, informática, dentre outros, o que será realizado posteriormente para afiançar a tecnologia, tornando-a adequada e confiável para o uso por pessoas com DM.

O aplicativo apresenta-se como opção para celular e/ou tablet que contribui para suprir a necessidade da criação de novas ferramentas de educação em saúde que facilitem a rotina das pessoas com DM na observação sinais e sintomas das complicações agudas e buscar os serviços de saúde quando necessário, munidos de informações que ajudarão no cuidado a ser recebido nas unidades. Além disso, para a prática de enfermagem, como instrumento auxiliar para promover cuidados mais seguros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção do aplicativo baseado em evidências da literatura foi o primeiro passo para suprir parte de uma lacuna, considerando o déficit de conhecimento de pessoas com diabetes acerca das complicações agudas da doença. Portanto, constitui um suporte interativo para ações de educação em saúde com potencialidade para incentivar pessoas com diabetes a aprimorar o autocuidado preventivo. Ressalta-se que a tecnologia "Descomplica, Dona Bete!" é um aplicativo móvel pioneiro na temática proposta, incentivando o desenvolvimento de novos aplicativos móveis e novas pesquisas abordando temas relacionados a facilidade de compartilhamento e acesso à informação por pessoas com DM que vivem em qualquer espaço geográfico, compondo um recurso social atual para uso comum no dia-a-dia.

Contribuições dos autores:

Todos os autores contribuíram na concepção e/ou desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica; revisão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9th ed. Brussels: IDF; 2019.
2. Cortez DN, Reis IA, Souza DA, Macedo MM, Torres HC. Complications and the time of diagnosis of diabetes mellitus in primary care. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(3):250-5.
3. Borba AK, Arruda IK, Marques AP, Leal MC, Diniz AS. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(1):125-36.
4. Moura JR, Silva KC, Rocha AE, Santos SD, Amorim TR, Silva AR. Construction and validation of a booklet to prevent overweight in adolescents. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(4):365-73.
5. Oliveira LM, Silva AC, Barbosa AS, Silva AP, Barbosa IV, Studart RM. AUTOFIX: uma tecnologia para fixação segura do tubo orotraqueal. *Enferm Foco*. 2019;10(4):153-8.
6. Salbego C, Nietzsche EA, Teixeira E, Böck A, Cassenote LG. Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito em desenvolvimento. In: Teixeira E, organizadora. *Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais*. Porto Alegre: Moriá; 2017. p. 31-50.
7. Soares CB, Hoga LA, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DR. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):335-45.
8. Teixeira E. *Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais*. Porto Alegre: Moriá; 2017.
9. Milech A, Zajdenverg L, Oliveira JE, Rodacki M. Rotinas, diagnóstico e tratamento do Diabetes Mellitus. 6a ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica; 2014.
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. São Paulo: Clannad; 2019.
11. Oliveira DM, Schoeller SD, Hammerschmidt KA, Silva DM, Arruda C. Desafios no cuidado às complicações agudas do diabetes mellitus em serviço de emergência adulto. *Rev Eletrônica Enferm*. 2016;18:e1163.

12. Pereira Despaigne OL, Palay Despaigne MS, Frometa Rios V, Neyra Barrios RM. [Effectiveness of an educational program in patients with risky diabetic foot]. *MEDISAN*. 2015;19(1):69-77. Spanish.

13. Mota NP, Vieira CM, Nascimento MN, Bezerra AM, Quirino GS, Félix ND. Mobile application for the teaching of the International Classification for Nursing Practice. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):1020-7.

14. Cunha RD, Dutra RA, Salomé GM, Ferreira LM. Construction of a multimedia application in a mobile platform for wound treatment with laser therapy. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018;12(5):1241-9.

15. Mendez CB, Salum NC, Junkes C, Amante LN, Mendez CM. Aplicativo móvel educativo e de follow up para pacientes com doença arterial periférica. *Rev Latino-Am Enferm*. 2019;27:e3122.

DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Andréa Carvalho Araújo Moreira¹

José Wellington Cruz Magalhães Júnior¹

Iane Ximenes Teixeira¹

Vitória Lídia Pereira Sousa¹

Natália Frota Goyanna¹

Eliany Nazaré Oliveira¹

Francisco Eduardo Silva de Oliveira¹

Francisco Wellington Dourado Júnior¹

<https://orcid.org/0000-0001-9855-1449>

<https://orcid.org/0000-0003-3168-1884>

<https://orcid.org/0000-0002-6790-6478>

<https://orcid.org/0000-0001-5004-3592>

<https://orcid.org/0000-0002-8957-6828>

<https://orcid.org/0000-0002-6408-7243>

<https://orcid.org/0000-0002-9907-7715>

<https://orcid.org/0000-0002-3326-338X>

Objetivo: Verificar a associação entre desempenho funcional e dados sociodemográficos e clínicos de idosos com transtornos mentais.

Métodos: Estudo transversal realizado com 35 idosos diagnosticados com transtorno mental, atendidos em um serviço especializado da região norte do estado do Ceará. As informações coletadas foram do perfil social, clínico e do desempenho funcional em atividades básicas e instrumentais de vida diária. Utilizou-se o teste de correlação de Spearman e o teste Mann-Whitney.

Resultados: A depressão foi o transtorno mental mais frequente (94,24%). A maioria dos idosos era independente para todas as atividades básicas de vida diária (62,85%). Houve associação da idade avançada ($p < 0,05$) e o aumento do número de psicotrópicos em uso ($p < 0,042$) com menor nível de autonomia e independência para atividades instrumentais.

Conclusão: Idosos com transtornos mentais apresentam desempenho funcional reduzido associado à idade avançada e ao aumento do número de psicotrópico em uso.

Descritores: Envelhecimento; Transtornos mentais; Atividades cotidianas

FUNCTIONAL PERFORMANCE OF ELDERLY WITH MENTAL DISORDERS

Objective: To verify the association between functional performance and sociodemographic and clinical data of the elderly with mental disorders.

Methods: A Transversal study accomplished with 35 elderly diagnosed with a mental disorder, attended in a specialized service from the north region of the state of Ceará. The information gathered was from the social and clinical profile and their functional performance in basic and instrumental activities from daily life. Spearman's correlation test and Mann-Whitney's test were used.

Results: The depression was the most frequent mental disorder (94.24%). Most of the elderly were independent to execute all basic activities of daily life (62.85%). There was an association of the advanced age ($p < 0.05$) and the increase of the number of psychotropic's usage ($p < 0.042$) with a minor level of autonomy and independence for instrumental activities.

Conclusion: Elderly people with mental disorders showed reduced functional performance associated with advanced age and the increase in the number of psychotropic's usage.

Keywords: Aging; Mental disorders; Activities of daily living

RENDIMIENTO FUNCIONAL DE ANCIANOS CON TRASTORNOS MENTALES

Objetivo: Examinar la asociación entre rendimiento funcional y datos clínicos de ancianos con trastornos mentales.

Métodos: Estudio trasversal realizado con 35 ancianos diagnosticados con trastornos mentales, atendidos por servicio especializado en el norte del estado de Ceará. La información recopilada ha sido del perfil social, clínico y rendimiento funcional en las actividades básicas e instrumentales de su cotidiano. Se han utilizado Spearman y Mann-Whitney como pruebas de correlación.

Resultados: La depresión ha sido el trastorno mental más frecuente (94,24%). La mayoría de los ancianos era independiente para todas las actividades básicas del cotidiano (62,85%). Hubo asociación de edad avanzada ($p < 0,05$) y aumento en el número de drogas psicotrópicas en uso ($p < 0,042$) con menor nivel de autonomía e independencia para actividades instrumentales.

Conclusión: Los ancianos con trastornos mentales han reducido el rendimiento funcional asociado con la edad avanzada y aumento en el número de drogas psicotrópicas en uso.

Descriptores: Envejecimiento; Trastornos mentales; Actividades cotidianas

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

Autor correspondente: Vitória Lídia Pereira Sousa | Email: vitorialidia05@gmail.com

Recebido: 05/09/2020 - Aceito: 20/12/2020

INTRODUÇÃO

Os Transtornos Mentais (TM), atualmente, têm maior probabilidade de ocorrer durante o processo de envelhecimento. Podem ser desencadeados por diversos fatores, como a presença de comorbidades e incapacidades decorrentes dos hábitos de vida, ou de condições precárias de sobrevivência, episódios de estresse e isolamento social¹.

Diante desse cenário, percebe-se um crescimento de uma população de idosos que está exposta a situações de vulnerabilidade, podendo levar à tristeza profunda, ansiedade e ao adoecimento. Tais situações aumentam a probabilidade de os idosos apresentarem TM, tais como esquizofrenia, depressão, transtornos bipolares, delirantes, entre outros².

Os idosos com TM são considerados pessoas mais frágeis por haver sobreposição de condições que acarretam danos funcionais e perda da autonomia, o que justifica atenção particular³. A independência da pessoa idosa é vista como determinante de relevo para a qualidade de vida e pode interferir em seu cotidiano, sobretudo no bem-estar, na tomada de decisão, no respeito humano, considerando suas incapacidades.

A capacidade funcional pode ser avaliada por meio das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) que estão relacionadas ao autocuidado, como banhar-se e vestir-se, e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) voltadas às ações mais complexas, como fazer compras e dirigir⁴.

Nesse sentido, pesquisadores verificaram em idosos que a incapacidade em atividades como tarefas domésticas, compras e continência teve o maior risco e aumentou rapidamente com o avançar da idade. Já a incapacidade de usar o telefone, administrar medicamentos, finanças, transferência e saneamento teve um risco baixo e dificilmente aumentou com a idade⁵.

Vale ressaltar que os idosos com TM podem perder sua independência e autonomia precocemente, não apenas pelo TM em si, mas também pelo efeito dos psicofármacos, sobretudo quando utilizam mais de um deles⁴.

Assim sendo, faz-se necessária a otimização da rede de atenção ao idoso, em especial àqueles com TM, para que tenham uma melhor qualidade de vida, possam se manter independentes por mais tempo e reabilitar-se do TM. Desse modo, os problemas fisiológicos decorrentes do processo de envelhecimento correspondem às limitações mais comuns da velhice, o que geralmente, mas seria o esperado⁶.

Contudo, é imperioso rever o cuidado aos idosos com TM, de modo a conseguir contemplá-los no que tange à promoção da saúde e não apenas ao tratamento da doença. Portanto, é preciso conhecer esse público, trabalhar de forma multidisciplinar, buscando as causas dos TM e, a partir

disso, a redução da influência dos fatores causais, ou mesmo tentando removê-los quando possível.

Assim, acredita-se que os resultados desse estudo possam subsidiar futuras estratégias de cuidados, sobretudo no âmbito da atenção primária e secundária, de modo a desenvolver estratégias para captação desses idosos com TM, bem como promover a priorização de planos de cuidados que visem a autonomia e independência do idoso, pautados no conceito de promoção da saúde.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo verificar a associação entre desempenho funcional e dados sociodemográficos e clínicos de idosos com transtornos mentais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo, sob abordagem quantitativa.

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de um município da região Norte do estado do Ceará – Brasil. O CAPS I presta atendimento às pessoas de qualquer idade, que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles associados ao uso de substâncias psicoativas, bem como outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida⁷.

Nessa Unidade, o acompanhamento de idosos com TM era realizado há cerca de um ano no ambulatório de psiquiatria, o qual contava com uma equipe multiprofissional (médico psiquiatra, enfermeiro, educador físico, psicólogo e terapeuta ocupacional).

Participaram do estudo idosos acompanhados pelo CAPS I, a população atendida por esse serviço, até o momento da coleta de dados, correspondia a 37 idosos cadastrados. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: idosos com idade entre 60 e 80 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de TM. E os de exclusão: estar em surto psicótico ou hospitalizado durante o período de coleta de dados. A amostra totalizou 35 idosos. Foram excluídos dois idosos, pois um encontrava-se em surto psicótico e o outro estava hospitalizado durante o período da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de junho a agosto de 2018 e foi realizada por acadêmicos de Enfermagem do último ano, sendo estes capacitados. Foram aplicados para cada participante, de forma presencial e em ambiente privado, um formulário estruturado e dois instrumentos recomendados pelo Ministério da Saúde para avaliar o desempenho funcional de idosos em ABVD e AIVD, sendo o índice de Katz e a escala de Lawton, respectivamente, ambos validados⁸.

O formulário estruturado foi dividido em três partes: a primeira abrangeu variáveis sociais e econômicas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, existência de auxílio, renda familiar, presença de cuidador, número de moradores no domicílio e estrutura da casa); a segunda contemplou variáveis de saúde e doença (histórico familiar de TM, tipo de TM, número de psicofármacos em uso, tempo de tratamento, comorbidades, uso de drogas ilícitas ou álcool, tabagismo, prática de atividade física, histórico de quedas e número de hospitalizações); e a terceira abordou questionamentos sobre os cuidados de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) - acompanhamento pelo enfermeiro, recebimento de visitas domiciliares, orientações recebidas e participação em atividade grupal no âmbito da APS.

O índice de Katz também denominado ABVD foi desenvolvido por Sidney Katz, sendo a primeira versão publicada em 1963. Avalia as atividades de vida diária hierarquicamente relacionadas, sendo organizado para mensurar a capacidade funcional no desempenho de seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Já o Índice de Lawton, também denominado Escala de AIVD foi proposto por Lawton e Brody em 1969, com o objetivo de avaliar as atividades mais complexas do que as atividades básicas de vida diária e cuja independência no desempenho está diretamente relacionada à capacidade de vida comunitária independente⁸.

Os dados foram compilados no software Excel™ 2010, analisados estatisticamente com o apoio do software R versão 3.5.0. A análise descritiva dos dados incluiu o cálculo de frequências absolutas e percentuais. A associação entre o nível de autonomia e independência e a idade, bem como com o número de psicofármacos em uso e número de pessoas no domicílio, foi analisada com base no teste de correlação de Spearman. A associação entre o nível de autonomia e independência e as demais variáveis sociodemográficas ou clínicas foi verificada com a aplicação do teste de Mann-Whitney. Para todas as análises, adotou-se o nível de significância de 5%.

A pesquisa obedeceu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹, obtendo Parecer de número 2.649.136 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 35 idosos, com predominância de mulheres (74,3%), casadas (37,14%) ou viúvas (31,42%), idade entre 60 e 70 anos (65,7%), com uma média de idade de 67,77 anos (desvio padrão = 7,01), de cor parda (42,85%) ou branca (37,14%). Além disso, quase 50% da amostra referiu ter ensino fundamental incompleto (48,57%), apenas

seis (17,14%) tinham completado o ensino médio, sendo o restante analfabeto (34,30%).

Em relação às variáveis econômicas, verificou-se que 71,43% dos idosos eram aposentados, sendo que, destes, 60% recebiam apenas um salário mínimo, enquanto os demais tinham maior renda. A maioria dos idosos possuía cuidador (82,85%), morava com um a três pessoas (48,6%), e sete idosos (20%) moravam sozinhos. Dos 35 idosos, 27 (77,14%) residiam em casa própria.

No que se refere às condições de saúde e doença (Tabela 1), foi possível observar que mais da metade dos idosos

Tabela 1. Caracterização dos idosos com transtornos mentais de acordo com as condições de saúde e doença (n=35)

| Variáveis | n(%) |
|--|-----------|
| Histórico familiar de TM | |
| Sim | 23(65,71) |
| Não | 12(34,30) |
| Tipo de TM | |
| Depressão | 25(71,42) |
| Esquizofrenia | 2(5,71) |
| Depressão e ansiedade | 3(8,57) |
| Depressão e bipolaridade | 3(8,57) |
| Depressão e esquizofrenia | 2(5,71) |
| Presença de outra comorbidade | |
| Hipertensão arterial sistêmica | 7(20,00) |
| Diabetes mellitus | 4(11,42) |
| Diabetes mellitus e Hipertensão arterial sistêmica | 7(20,00) |
| Outros | 3(8,57) |
| Não | 14(40,00) |
| Sofreu alguma queda enquanto idoso | |
| Sim | 29(82,85) |
| Não | 6(17,14) |
| Hospitalização | |
| Sim | 30(85,71) |
| Não | 5(14,28) |
| Prática de atividade física | |
| Sim | 3(8,57) |
| Não | 32(91,42) |
| Fumante | |
| Sim | 13(37,14) |
| Não | 22(62,85) |
| Etilista | |
| Sim | 8(22,85) |
| Não | 27(77,14) |

possuía histórico de TM na família (65,71%). A depressão foi o TM mais prevalente (94,73%). O Diabetes *mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresentaram-se em pouco mais de metade da amostra (51,42%). Além disso, foi verificada uma elevada prevalência de quedas (82,85%), e grande número de internações hospitalares (85,71%). Vale observar que a maioria dos idosos não praticava nenhuma atividade física (91,42%). Em relação ao uso de substâncias que causam dependência, nenhum idoso fazia uso de drogas ilícitas, 37,14% eram tabagistas e 22,85% eram etilistas.

Tabela 2. Caracterização dos idosos com transtornos mentais de acordo com os cuidados de enfermagem (n=35)

| Variáveis | n(%) |
|-------------------------------|-----------|
| Acompanhamento de enfermagem | |
| Sim | 16(45,71) |
| Não | 19(54,28) |
| Visitas de enfermagem | |
| Sim | 13(37,14) |
| Não | 22(62,85) |
| Orientação de enfermagem | |
| Autocuidado | 6(17,14) |
| Prevenção de quedas | 1(2,85) |
| Uso de medicações | 2(5,71) |
| Prática de atividades física | 1(2,85) |
| Alimentação | 3(8,57) |
| Nenhuma | 22(62,85) |
| Participa de atividade grupal | |
| Não | 35(100,0) |

Quanto aos cuidados de Enfermagem recebidos pelos idosos com TM no âmbito da APS (Tabela 2), verificou-se que a maioria não eram acompanhados pelo enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (54,28%), não recebia visitas domiciliares (62,85%) e nem orientações de Enfermagem (62,85%). Daqueles que receberam orientações, sobressaíram aquelas relacionadas ao autocuidado, alimentação, uso de medicações, prática de atividade física e prevenção de quedas. Acrescenta-se que todos os idosos afirmaram não frequentar nenhum tipo de atividade grupal no âmbito da APS.

No que se refere à avaliação do desempenho da capacidade funcional para a realização das ABVD (índice de Katz), verificou-se o predomínio de idosos independentes para todas as atividades (62,85%). No entanto, 34,3% dos idosos apresentaram dependência para realização de pelo menos uma ABVD e somente 2,85% idoso foi classificado como dependente para todas as atividades.

Na figura 1, estão apresentados os níveis de dependência dos idosos com TM conforme o índice de Katz por ABVD. Apesar da maioria dos idosos serem independentes para as ABVD, alguns com TM apresentaram-se totalmente dependentes para as atividades de banho (11,4%), vestir-se (8,6%), alimentação (5,7%) e transferência (2,8%). Dentre os idosos que apresentavam dependência parcial, obtiveram-se os seguintes resultados: 17,1% tinham alguma dependência para vestir-se ou usar o banheiro, 14,3% para o banho, 8,6% para transferência ou continência e apenas 5,7% para auxiliar na alimentação. Assim, verifica-se que 25,7% da amostra apresenta algum grau de dependência em relação às ABVD de banho e de vestir-se, seguido de usar o banheiro (17,1%), alimentação e transferência (11,4%) e continência (8,6%).

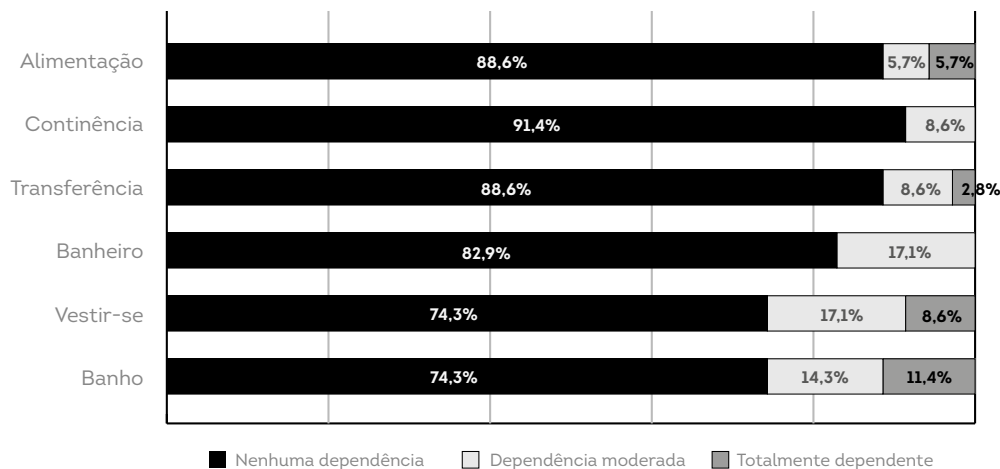


Figura 1. Grau de dependência dos idosos com TM de acordo com as ABVD do índice de Katz

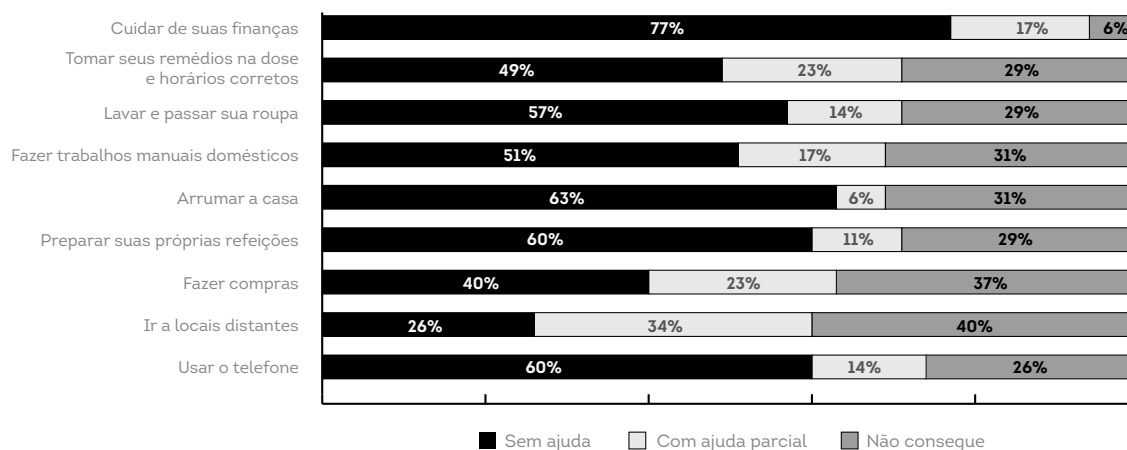


Figura 2. Nível de autonomia e independência dos idosos com TM de acordo com as AIVD conforme escala de Lawton

Em relação à capacidade de realização de AIVD (Figura 2), foi verificado que 85,71% dos idosos com TM necessitam de alguma ajuda para realização de pelo menos uma AIVD. Maior grau de dependência foi encontrado nas seguintes atividades: ir a locais distantes (40%); fazer compras (37%); seguidos de arrumar a casa (31%); e fazer trabalhos manuais domésticos (31%). Além disso, quase 30% da amostra referiu não conseguir tomar seus remédios na dose e horários corretos (29%), lavar e passar sua roupa (29%) e preparar suas próprias refeições (29%).

Ao realizar associação entre as variáveis numéricas e o nível de autonomia e independência (Escala de Lawton) dos idosos com TM (Tabela 3), verificou-se associação com duas variáveis. A idade dos idosos e o número de psicofármacos em uso apresentaram uma correlação negativa estatisticamente significativa com o nível de autonomia e independência dos idosos ($r = 0,40$; $p = 0,02$; $r = 0,37$; $p = 0,03$, respectivamente). Isso significa dizer que, com o avançar da idade e o maior número de psicofármacos em uso, menor o seu nível de autonomia e independência para a realização de AIVD.

Tabela 3. Associação entre variáveis numéricas e o nível de autonomia e independência (escala de Lawton) de idosos com TM atendidos no CAPS

| | Escala de Lawton | |
|----------------------------|--|------------|
| | Teste de correlação de Spearman (ρ) | p -value |
| Idade | -0,40 | 0,02 |
| Nº de pessoas no domicílio | -0,18 | 0,28 |
| Nº de psicofármacos em uso | -0,37 | 0,03 |

É importante destacar que não foi verificada associação estatisticamente significativa com o número de psicofármacos e o nível de autonomia e independência para as ABVD, bem como com o número de quedas.

DISCUSSÃO

Observou-se que apenas 37 idosos eram acompanhados pelo CAPS I, todavia, acredita-se que a população de idosos com TM seja infinitamente maior, e deve estar sendo tratada com uso de psicofármacos ainda na APS, na dimensão de humor depressivo, não chegando a ser encaminhada à atenção secundária e nem diagnosticada com depressão ou outros TM¹.

Essa realidade é preocupante, já que se verifica o aumento crescente do uso de psicofármacos pela população idosa de forma indiscriminada, podendo isso estar associado à perda da capacidade funcional. Os resultados deste estudo demonstraram associação entre o aumento do número de psicotrópicos e a diminuição da capacidade para realização das AIVD. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de um tratamento e acompanhamento adequado pela APS e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando as peculiaridades da saúde do idoso, o qual envolve sua autonomia e independência para ABVD e AIVD.

Nesse contexto, é importante saber que o perfil social dos participantes deste estudo foi semelhante a outros estudos realizados no Brasil^{1,10}. As mulheres idosas apresentaram maior prevalência de TM, quando comparadas aos homens, o que talvez possa ser explicado pela tripla jornada, mercado de trabalho, atividades domésticas e cuidados com os filhos, bem como pelo contexto de desvalorização e violência doméstica ao qual a estas possam estar inseridas no cotidiano de vida autal¹. A baixa escolaridade retrata

uma realidade vivenciada pelos participantes, em sua maioria mulheres, quando ainda não possuíam o direito de estudar. Essa realidade vem sendo modificada, verificando-se maiores avanços educacionais entre mulheres do que entre homens¹¹.

A situação de baixa renda entre os idosos aponta para a importância do Benefício da Prestação Continuada (BPC) e da aposentadoria na busca pela redução da pobreza e melhoria das condições de vida, bem como da manutenção das condições mínimas para sobrevivência. Estudo brasileiro evidenciou que pessoas com baixa renda de até um salário mínimo apresentam maior probabilidade de desenvolver TM, pois esse indicador reflete nas condições gerais da família e, por conseguinte, na saúde mental¹². Ressalta-se que, este estudo verificou uma prevalência de pouco mais de 50% dos idosos com HAS e diabetes *mellitus*. A velhice e as doenças crônicas são responsáveis por uma carga socioeconômica significativa¹³.

Dados do histórico familiar de TM entre os idosos deste estudo foram significativos. Estudo anterior, realizado na região Centro-Oeste do Brasil, mostrou resultado semelhante, principalmente quando há casos de TM em parentes de primeiro grau¹⁴. Dessa forma, acredita-se que, ao realizar a anamnese do paciente, a equipe de saúde deve levantar essa informação, que contribui diretamente no raciocínio clínico para o diagnóstico de TM, tendo em vista a forte relação hereditária demonstrada na literatura.

Entre os TM apresentados pelos idosos, o mais prevalente foi o transtorno depressivo, que na população idosa está intrinsecamente relacionado à diminuição da saúde física, independência e autonomia, como também ao aumento de doenças crônicas e ao uso da polifarmácia¹⁴. A depressão surge no idoso em um contexto de perda da qualidade de vida e se manifesta por meio do isolamento social, alterações no humor e redução da capacidade de engajamento nas atividades grupais¹⁵.

Destarte, estudo revelou que os psicofármacos estão associados ao desenvolvimento de incapacidade funcional entre idosos, tanto para AIVD quanto para ABVD, e que essas associações podem variar segundo sexo do idoso, quantidade e classe dos psicofármacos utilizados⁴. Esses resultados indicam a necessidade de avaliar cuidadosamente a prescrição de psicofármacos para o idoso e monitorar o seu uso, identificando prejuízos à sua saúde.

Dentre os prejuízos relacionados ao uso de psicofármacos entre os idosos, ressalta-se o risco de quedas aumentado¹⁶. Há uma alta prevalência de quedas entre idosos. Após a primeira queda, normalmente, os idosos apresentam medo de cair, de modo que, se não sofrem complicações

que já restringem suas atividades, logo veem suas atividades limitadas pelo risco de uma nova queda¹⁷.

Tal situação pode ser mais grave considerando o idoso com TM. Estudo realizado a partir de dados de 4.174 idosos, verificou associação forte entre a ocorrência de quedas e a depressão ($p < 0,05$), na qual a propensão à ocorrência de queda foi 53% maior entre aqueles que haviam tido diagnóstico de depressão¹⁸. Acredita-se que tal fato possa estar associado ao uso de psicofármacos.

Com relação ao desempenho funcional, os achados mostraram que mais idosos apresentaram dependência para AIVD (85,71%) do que para ABVD (37,15%). Entretanto, quando comparado com estudo realizado com 3.499 idosos irlandeses que não apresentavam condições crônicas como TM e doenças crônicas, verificaram-se indivíduos com maiores dificuldades para ABVD (13%) do que para AIVD (11%). Além disso, os autores constataram a associação entre a dificuldade para realização de ABVD/AIVD e idade avançada¹⁹. Essa associação também foi verificada neste estudo, mas somente para AIVD ($p = 0,02$).

A AIVD está diretamente relacionada aos domínios da cognição, humor, mobilidade e comunicação. Porém, estudo realizado também no Nordeste do Brasil, com 150 idosos da comunidade do Sítio Wanderley no município de Recife, após uma regressão logística, encontrou estreita relação entre o fato de não ser alfabetizado e a dificuldade da realização de AIVD²⁰. Este estudo apontou que a maioria dos idosos apresentam baixo nível de escolaridade, o que pode explicar a alta prevalência para dependência em relação às AIVD.

Em relação às ABVD, um estudo realizado no sul do Brasil, com 528 idosos, verificou que 94,1% eram independentes para "banharem-se", 94,7% "vestem-se sozinhos", 97% são capazes de realizar atividades relacionadas à "higiene pessoal", 97% desempenhavam movimentos de "transferência", 85% eram "continentes" e 96,4% independentes para se alimentar²¹. Em idosos com TM, obtiveram-se índices maiores de dependência para as ABVD banhar-se, vestir-se e usar o banheiro, e menores índices para as atividades alimentação, transferência e continência. Esse achado se justifica pelo grau de complexidade das tarefas diárias, sendo as três primeiras as mais complexas, as quais exigem maior participação dos domínios funcionais (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação) quando comparadas às demais²².

Contudo, é importante destacar a fragilidade da APS no cuidado ao idoso com TM, que são acompanhados também pelo serviço de referência. Tal fato expõe a necessidade de melhorar a integração da RAPS tendo a APS como

ordenadora desta rede e coordenadora do cuidado à saúde mental dos idosos e o fortalecimento dos serviços comunitários. Acredita-se que os desafios para superar essa problemática são semelhantes aos da África do Sul²³ que incluem: falta de vontade política, particularmente com a ausência de saúde mental na agenda prioritária de saúde pública; estigma da doença mental, visto como um sinal de fraqueza e desgraça; falta de conhecimento sobre a prevalência e natureza das doenças mentais; pessoal de enfermagem mal treinado; e falta de ferramentas de triagem adequadas.

O estudo apresenta como limitação o número reduzido da amostra, porém foi a opção factível quando se exploraram as características de idosos com TM atendidos em um serviço especializado, de implantação recente, o qual se encontrava em processo de consolidação no âmbito municipal; talvez este cenário tenha contribuído para tal.

Espera-se que os resultados possam contribuir para implementação de ações e serviços de saúde de mental para idosos com TM, baseados na APS, com o fortalecimento da RAPS, à medida que possibilitem uma reflexão sobre a necessidade de maior investimento no acompanhamento desse público, com definição de critérios de atendimento e melhores estratégias de monitoramento dos cuidados em saúde, bem como o estabelecimento de melhores fluxos.

Vale destacar que apesar da melhoria no acesso e na qualidade na atenção à saúde mental, ainda há muitos desafios na perspectiva de cumprir sua finalidade de garantir serviços de saúde com qualidade e atendimento integral,

sendo necessário o desenvolvimento de medidas complementares ao tratamento medicamentoso, sobretudo quando o público é idoso, visando promover autonomia e independência e consequentemente melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo alertam para as vulnerabilidades sociais e clínicas de idosos com transtornos mentais atendidos por um serviço de referência de um município cearense do Brasil. A idade e o número de psicofármacos em uso foram as variáveis com associações significativas para a redução do desempenho funcional dos idosos relacionado às AIVD. Recomenda-se uma melhor integração entre os níveis de atenção na assistência aos idosos com TM, visto que há necessidade do enfermeiro da APS qualificar o acompanhamento dessa clientela por meio de visitas domiciliares sistemáticas, atividades grupais e práticas alternativas em saúde que monitorem o estado de saúde e a capacidade funcional do idoso. Sugerem-se novos estudos, sobretudo no âmbito da APS, já que muitos idosos com TM não chegam a ser encaminhados para especialistas que possam melhor investigar a associação do uso de psicofármacos e a capacidade funcional, bem como as consequências da polifarmácia para a qualidade de vida dos idosos.

Contribuição dos autores:

Todos os autores participaram em todas as etapas do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Silva PA, Rocha SV, Santos LB, Santos SC, Amorim CR, Vilela AB. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(2):639-46.
2. Marin MJ, Maftum MA, Lacerda MR. Elderly people with mental disorders: experiencing the use of psychotropic medicines. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 2):835-43.
3. Onofri Júnior VA, Martins VS, Marin MJ. Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):21-33.
4. Falci DM, Mambrini JV, Castro-Costa E, Firmo JO, Lima-Costa MF, Loyola FA. Uso de psicofármacos prediz incapacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:21.
5. Bleijenberg N, Zuithoff NP, Smith AK, de Wit NJ, Schuurmans MJ. Disability in the individual ADL, IADL, and mobility among older adults: a prospective cohort study. *J Nutr Health Aging*. 2017;21(8):897-903.
6. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults - present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563-75.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. [Internet]. 2015 [citado 2019 Dez 08]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. 2006 [citado 2020 Fev 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
9. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. 2012 [citado 2019 Out 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
10. Lentsck MH, Pilger C, Schoerer EP, Prezotto KH, Mathias TA. Prevalence of depressive symptoms and signs of dementia in the elderly in the community. *Rev Eletrônica Enferm*. 2015;17(3):1-8.

11. Silveira BC, Kirchner RM, Dallepiane LB. Relation between sociodemographic and anthropometric indicators and physical activity of elderly men and women. *Ciênc Cuid Saúde*. 2018;17(1):1-8.
12. Moreira RM, Oliveira EN, Lopes RE, Lopes MV, Almeida PC, Aragão HL. Transtorno mental comum em usuários de substâncias psicoativas. *Enferm Foco*. 2020;11(1):99-105.
13. Han KM, Ko YH, Yoon HK, Han C, Ham BJ, Kim YK. Relationship of depression, chronic disease, self-rated health, and gender with health care utilization among community-living elderly. *J Affect Disord*. 2018;241:402-10.
14. Almeida MA, Lemes AG, Nascimento VF, Fonseca PI, Rocha EM, Volpato RJ, et al. Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2015;39(3):627-41.
15. Tako KV, Andrade LC, Marinho HM, Neves VS, Santos AE, Lopes MS, et al. Perfil e prevalência de quedas em idosos. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2017;11(Suppl 11):4687-91.
16. Arreguy-Sena C, Marangon AM, Gomes AM, Melo LD, Martins R, Fontes RM. Representações sociais sobre esquecimento e depressão por pessoas idosas: abordagem processual. *Enferm Foco*. 2020;11(1):57-62.
17. Carvalho AA, Locks MO, Santos SA, Alvarez AM, Hammerschmidt KS, Schier JS, et al. Evento quedas: cuidados de enfermagem para a segurança do idoso hospitalizado. *Enferm Foco*. 2020;10(6):105-10.
18. Pimentel WR, Pagotto V, Stopa SR, Hoffmann MC, Andrade FB, Souza Junior PR, et al. Falls among Brazilian older adults living in urban areas: ELSTI-Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Suppl 2):12s.
19. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Disabil Rehabil*. 2017;39(8):809-16.
20. Araújo GK, Souto RO, Alves FA, Sousa RC, Ceballos AG, Santos RC, et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(3):312-8.
21. Berlezi EM, Farias AM, Dallazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Forte CK. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(4):643-52.
22. Nunes EM, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5a ed. Belo Horizonte: Folium; 2016.
23. Jacob N, Coetzee D. Mental illness in the Western Cape Province, South Africa: a review of the burden of disease and healthcare interventions. *S Afr Med J*. 2018;108(3):176-80.

VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Maristela Inês Osawa Vasconcelos¹

Yanka Alcântara Cavalcante¹

Gabriel Pereira Maciel¹

Milena Melo Vieira¹

Paulo Roberto Lopes¹

Vanessa Silva Farias¹

Lourival Gerardo da Silva Junior¹

Francisco Rosemíro Guimarães Ximenes Neto¹

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

<https://orcid.org/0000-0003-0152-9216>

<https://orcid.org/0000-0002-4141-1995>

<https://orcid.org/0000-0002-8548-3755>

<https://orcid.org/0000-0003-0890-0612>

<https://orcid.org/0000-0002-6787-1922>

<https://orcid.org/0000-0001-7012-5106>

<https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

Objetivo: Identificar os tipos de violência que mais acometem os adolescentes, os locais em que acontecem e o que os tornam vulneráveis.

Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com buscas realizadas nos meses de setembro e outubro de 2018. Os estudos foram publicados entre 2015 e 2019, nas bases de dados BVS, LILACS, BVS Adolec Brasil e PubMed, usando as palavras-chave adolescente, violência, saúde pública e saúde escolar.

Resultados: Integraram a pesquisa 144 artigos que foram organizados e caracterizados de acordo com o ano, tipo de estudo, tipos de violência contra adolescentes, estratégias de enfrentamento e níveis de evidência. O *bullying*, a violência sexual e a violência intrafamiliar emergiram nos artigos como os tipos de violência mais citados. Dentre as estratégias de enfrentamento emergiram ações relacionadas aos fatores de vulnerabilidade social e a criação de programas intersetoriais de prevenção à violência.

Conclusão: O *bullying*, a violência sexual e a violência intrafamiliar foram os tipos de violência contra o adolescente que mais sobressairam na literatura científica analisada. A atuação em rede intersetorial articulando principalmente os setores saúde e educação foi apontada como importante estratégia de enfrentamento da violência contra adolescentes.

Descritores: Adolescente; Violência; Saúde pública; Saúde escolar

VIOLENCE AGAINST TEENAGERS AND COPING STRATEGIES

Objective: To identify the types of violence that most affect adolescents, the places where they happen and what makes them vulnerable.

Methods: This is an integrative literature review, with searches performed in the months of September and October 2018. The studies were published between 2013 and 2019, in the BVS, LILACS, BVS Adolec Brasil and PubMed databases, using the keywords adolescent, violence, public health and school health.

Results: The research included 144 articles that were organized and characterized according to the year, type of study, types of violence against adolescents, coping strategies and levels of evidence. Bullying, sexual violence and domestic violence emerged in the articles as the types of violence most cited. Among the coping strategies, actions related to social vulnerability factors and the creation of intersectoral violence prevention programs emerged.

Conclusion: Bullying, sexual violence and intrafamily violence were the types of violence against adolescents that stood out the most in the analyzed scientific literature. The performance in an intersectoral network, mainly articulating the health and education sectors, was pointed out as important strategies to face violence against adolescents.

Keywords: Adolescent; Violence; Public health; School health

VIOLENCIA CONTRA ADOLESCENTES Y ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO

Objetivos: Identificar los tipos de violencia que más afectan a los adolescentes, los lugares donde ocurren y qué los hace vulnerables.

Métodos: Esta es una revisión bibliográfica integradora, con búsquedas realizadas en los meses de septiembre y octubre de 2018. Los estudios se publicaron entre 2013 y 2019, en las bases de datos VHL, LILACS, VHL Adolec Brasil y PubMed, utilizando las palabras clave adolescente, violencia, salud pública y salud escolar.

Resultados: La investigación incluyó 144 artículos que se organizaron y caracterizaron según el año, tipo de estudio, tipos de violencia contra los adolescentes, estrategias de afrontamiento y niveles de evidencia. La intimidación, la violencia sexual y la violencia doméstica surgieron en los artículos como los tipos de violencia más citados. Entre las estrategias de afrontamiento, surgieron acciones relacionadas con factores de vulnerabilidad social y la creación de programas intersectoriales de prevención de la violencia.

Conclusión: La intimidación, la violencia sexual y la violencia intrafamiliar fueron los tipos de violencia contra los adolescentes que más se destacaron en la literatura científica analizada. El desempeño en una red intersectorial, que articula principalmente los sectores de salud y educación, se señaló como estrategias importantes para enfrentar la violencia contra los adolescentes.

Descriptores: Adolescente; Violencia; Salud pública; Salud escolar

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

Autor correspondente: Maristela Inês Osawa Vasconcelos | Email: miosawa@gmail.com

Recebido: 05/04/2020 - Aceito: 07/06/2020

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno histórico, que reflete a sociedade que a reproduz e pode aumentar ou diminuir, conforme sua construção social nos níveis coletivos e individuais que tem afetado adolescentes em todo o mundo, de modo cada vez mais frequente¹.

A desigualdade social tem sido uma categoria importante e presente nas análises que buscam relacionar violência e grupos vulneráveis. Compreendida sob uma perspectiva social, a violência contra adolescentes ainda resulta em elevados gastos assistenciais. Nesse sentido, a violência contra adolescentes é um fenômeno atual que representa um problema significativo no campo da saúde, sobretudo devido aos altos índices de morbidade e mortalidade, mostrando-se importante o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos, doenças e agravos². A violência a que estão expostos os adolescentes, afeta sua qualidade de vida e interfere no desenvolvimento psicológico, emocional e cognitivo.

O Brasil avançou na garantia dos direitos dos adolescentes com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que gerou mudanças relevantes na gestão política no que concerne ao atendimento da infância e do adolescente. Seus dispositivos foram formulados para coibir a prática de violência em suas diferentes interfaces, por meio da prevenção e da fiscalização, e até em situações de extrema gravidade, como o afastamento das crianças do ambiente ameaçador³.

Diante do atual panorama, é fundamental realizar estudos para buscar evidências científicas capazes de demonstrar a situação da violência contra adolescentes, em qual contexto ela ocorre e como afeta as relações intra e extrafamiliares.

Pretende-se com este estudo identificar como a problemática da violência contra adolescentes tem sido pesquisada para propor novos estudos com vistas a avançar no conhecimento desta temática tendo em vista a necessidade de enfrentamento deste grave problema de saúde pública que acomete nossos jovens.

Considerando as necessidades de promoção da saúde dos adolescentes e na prevenção de agravos, questiona-se: O que a literatura científica tem divulgado sobre violência contra adolescentes? Quais os tipos de violência que mais acometem os adolescentes, os locais em que elas acontecem e as estratégias de enfrentamento? Assim, este estudo desenvolvido com base na produção científica tem como objetivos: Identificar os tipos de violência que mais acometem os adolescentes, os locais em que elas acontecem e o que os tornam vulneráveis; Descrever as estratégias de enfrentamento da violência contra adolescentes.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura que inclui pesquisas com diferentes abordagens metodológicas, no recorte temporal de 2015 a 2019, contemplando um intervalo de tempo relativamente significativo para permitir a inclusão de um maior número de estudos.

As bases de dados inseridas no estudo são aquelas próprias do país e outros de importantes para a ciência mundial.

Os critérios de inclusão adotados foram: a) artigos originais, com textos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, entre os anos de 2015 a 2019; b) publicações cuja metodologia permita obter evidências sobre o tema em estudo; c) ensaios clínicos; d) pesquisas experimentais; e) pesquisas qualitativas. Após a leitura de títulos, resumos e palavras-chave, foram excluídas publicações duplicadas e aquelas que não abordam o tema em foco.

Os dados foram coletados entre novembro de 2019 a fevereiro de 2020.

Para esta revisão integrativa foram adotadas as seguintes etapas: a) identificação do problema ou do tema e seleção da questão de pesquisa; b) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; c) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; d) categorização dos estudos selecionados; e) análise e interpretação dos resultados; f) apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁴.

Para extração das informações, nos meses de setembro e outubro de 2018, foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados eletrônicas: portal da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, BVS Adolec (Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e a PubMed (Base de Dados Bibliográficas em Medicina). Utilizaram-se os seguintes descritores de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): *adolescente/adolescente; violência/violence; saúde pública/public health; saúde escolar/school health*. O recurso utilizado na pesquisa foi a expressão "termo exato". Para cruzar os termos usou-se o operador booleano "and" com o intuito de obter o maior número de artigos que respondessem à questão norteadora.

Para definir a questão de pesquisa, recorreu-se à estratégia PICO voltada para pesquisas não clínicas, contemplando os seguintes aspectos: P (População); I (Interesse de conhecimento); e Co (Contexto)⁵. A partir dessa estratégia, adotou a seguinte questão norteadora: Quais os tipos de violência que mais acometem os adolescentes, os locais em que elas acontecem e as estratégias de enfrentamento?

A coleta e análise dos dados e informações ocorreram por meio de um instrumento proposto por Ursi e Galvão⁶ e

adaptado pelos autores, contemplando os seguintes itens: i) identificação do artigo original (autor, título, ano da publicação, objetivo, principais resultados); ii) características metodológicas do estudo; iii) identificação do nível de evidência.

Com o processo de seleção dos artigos, 4.796 publicações foram encontradas, sendo 307 excluídos por duplicação e 4.286 por não atender à pergunta de pesquisa. Foram pré-selecionados 203 artigos e após passarem por um processo de leitura na íntegra, 117 foram excluídos por fugirem do tema, resultando no total de 86 artigos selecionados.

Diante dos cruzamentos realizados em bases de dados e bibliotecas virtuais, após o processo de busca pelos cruzamentos, realizou-se a análise e inclusão/exclusão dos artigos, restando 86 publicações na rodada final, das quais se extraíram os resultados.

Os aspectos éticos foram observados e cumpridos na execução da pesquisa. Os autores dos artigos analisados foram devidamente referenciados. Os dados e informações das pesquisas foram apresentados de forma fidedigna.

RESULTADOS

Buscou-se identificar nas publicações os tipos de violência dos quais o público adolescente estava submetido, as estratégias adotadas para enfrentar as situações e os locais onde ocorriam as violências, conforme demonstrado na (Tabela 1).

O tipo de violência mais presente nas produções científicas foi o *bullying* (43,0%), seguido por da violência sexual (16,2%) e da violência intrafamiliar (11,6%). O quadro 1 reúne as definições dos tipos de violência adotadas pelos autores das pesquisas.

Tabela 1. Tipos, estratégias de enfrentamento e locais da violência apresentados nas produções

| Variáveis | n(%) |
|-------------------------------------|----------|
| Tipo de violência | |
| <i>Bullying</i> | 37(43,0) |
| Violência sexual | 14(16,2) |
| Violência intrafamiliar | 10(11,6) |
| Violência escolar | 7(8,1) |
| Abuso de relacionamento adolescente | 6(6,9) |
| Violência urbana | 4(4,6) |
| Suicídio | 3(3,4) |
| Violência física | 2(2,3) |
| <i>Cyberbullying</i> | 2(2,3) |

Continua...

Continuação.

| Variáveis | n(%) |
|--|----------|
| Violência policial | 1(1,1) |
| Total | 86(100) |
| Estratégias de enfrentamento | |
| Intervenções de enfrentamento da violência | 25(45,5) |
| Fatores de vulnerabilidade | 14(25,5) |
| Programas de prevenção da violência | 13(23,7) |
| Notificação de violência | 3(5,5) |
| Total | 55(100) |
| Local da violência | |
| Escola | 52(85,1) |
| Bairros periféricos e comunidade | 9(12,2) |
| Ambiente domiciliar/intrafamiliar | 8(10,8) |
| Ambiente cibernético | 3(4,1) |
| Situação de risco e rua | 1(1,4) |
| Centros de detenção | 1(1,4) |
| Total | 74(100) |

Quadro 1. Definição dos tipos de violência adotadas nas pesquisas

| Tipo de violência | Definições |
|-------------------------|--|
| <i>Bullying</i> | O <i>bullying</i> é entendido como um problema nas relações entre pares, caracterizado pelo desequilíbrio de poder entre as partes, pela intencionalidade e pela repetitividade dos atos de agressão. Pode ser examinado em relação ao tipo de ocorrência, física, verbal ou psicológica, e em relação à natureza de suas manifestações, quanto a comportamentos, ações e métodos adotados nas agressões, como bater ou usar apelidos pejorativos ⁷⁻⁹ . |
| Violência Sexual | O envolvimento em atividades sexuais impróprias para sua idade ou seu desenvolvimento psicossocial, com a intenção de estimular e/ou obter estimulação sexual. Esse ato, que não é compreendido ou consentido plenamente por essas crianças ou jovens, pode dar-se por meio de violência física, ameaça ou indução de sua vontade ¹⁰⁻¹² . |
| Violência Intrafamiliar | A violência doméstica contra crianças e adolescentes se definem pela prática de atos que venham a causar dano físico, sexual e/ou psicológico, ou até de negligência por parte dos pais ou responsáveis e dos demais parentes ¹³ . |
| Violência Escolar | Ocorre no espaço físico da escola, durante o trajeto casa-escola, em locais de passeios e/ou festas escolares programadas e em bairros e residências dos estudantes cujos assuntos escolares mal resolvidos repercutem em violência. A violência escolar incorpora tanto a perspectiva mais explícita, como a agressão entre os sujeitos, quanto a violência simbólica, que ocorre por meio das regras, normas e hábitos culturais de uma sociedade desigual ¹⁴ . |

Continua...

Continuação.

| | |
|---|---|
| Abuso do Relacionamento Adolescente (ARA) | A violência no namoro entre adolescentes tem sido cada vez mais frequente. Essa violência também se manifesta nos meios tecnológicos, intitulado de "Abuso no namoro cibernético" envolve o uso de tecnologia para controlar, assediar, ameaçar ou perseguir outra pessoa no contexto de um relacionamento, por meio do uso de tecnologia, e é descrito como um desafio emergente para a juventude de hoje ^{8,12,15} . |
| Violência Urbana | Aborda diferentes tipos de violência direta: do trânsito, de assaltos, de brigas e conflitos familiares e nas comunidades. Os danos são imediatos e os riscos iminentes, como fraturas, lesões, queimaduras, podendo ocasionar incapacidade e até a morte ¹⁶ . |
| Suicídio | Estudos documentaram disparidades relacionadas à orientação sexual em tentativas de suicídio entre adolescentes ¹⁷⁻¹⁹ . |
| Violência Física | Violência física pode ser considerada consequência dos outros tipos de violência ²⁰ . |
| Cyberbullying | Um tipo de <i>bullying</i> que utiliza a tecnologia ²¹ . |
| Violência Policial | A maioria dos jovens que sofre este tipo de violência são negros e de comunidades de baixa renda, com baixos níveis de educação e expostos à violência de policiais em suas comunidades com frequência ²² . |

DISCUSSÃO

A violência, em suas inúmeras formas e expressões, é um dos problemas de saúde pública que mais acomete a sociedade. O público adolescente está vulnerável a se envolver com esse fenômeno, condição que afeta seu bem-estar físico, espiritual, mental e social²³.

A maior diversidade dos tipos de violência ocorre no ambiente escolar, existindo três categorias diretamente envolvidas, que têm diferentes perfis psicossociais: a) os agressores; b) a vítima; e c) os agressores-vítimas. Geralmente, os agressores são populares, temidos e respeitados, intimidam, machucam e causam sofrimento à vítima supostamente mais fraca e veem esse comportamento como uma qualidade. As vítimas são sujeitos que sofrem com o *bullying* reiteradamente e durante determinado tempo. Apresentam baixa autoestima, agravada pelos insultos, possuem poucos amigos e podem acreditar que merecem as agressões sofridas. Os agressores-vítimas são aqueles que ora sofrem e ora praticam, mudando de papel, eles partilham das mesmas características dos agressores e das vítimas e podem ser depressivos e inseguros, apresentando altos níveis de hiperatividade, impulsividade e descontrole emocional – diferenciam-se pela impopularidade e pelos maiores índices de rejeição entre os colegas²⁴.

Esse processo de agressão intencional e repetida envolve comportamentos agressivos de intimidação, insulto, assédio, exclusão e discriminação, podendo ser classificado como *agressão direta* e *indireta*, com potencial de gerar

sérias consequências tanto em curto quanto em longo prazo²³. Para as vítimas, os danos se referem a ansiedade, depressão, dificuldade de relacionamento e autoestima fragilizada, além de outras desordens psiquiátricas que podem culminar no suicídio²⁵.

O Abuso do Relacionamento Adolescente (ARA) é considerado um tipo de violência que afeta ambos os sexos e está associado a agressão física e sexual, depressão, ideação suicida, baixo rendimento escolar, uso de drogas e namoro cibernético. O ARA reflete a violência doméstica, influencia o prejuízo da cognição e da capacidade de resolução de conflitos e pode estar relacionado a problemas de saúde, transtornos alimentares e comportamentos sexuais inadequados¹⁰. Existe relação entre uso de álcool e ARA no sexo feminino. As adolescentes são mais propensas à violência quando iniciam o uso de álcool precocemente²⁶.

Além do ARA existe a violência por parceiro íntimo, que guarda associação com a cultura da identidade de gênero, contexto em que se vê com naturalidade situações de violência que subjugam as mulheres à autoridade masculina no relacionamento amoroso⁸. Nesses casos de violência existe uma relação na qual as meninas praticam violência psicológica e verbal com maior frequência e os meninos tendem a cometer agressões físicas. São comuns situações como estupro, empurrões, estrangulamento, ofensa, comportamentos manipulativos, arremesso de objetos, ciúmes e por comportamentos possessivos⁸.

A tecnologia abre oportunidades para comportamentos abusivos no namoro, o denominado *cybernamoro*, que dissemina assédio sexual, problemas de saúde mental e comportamentos suicidas¹².

Outra tipologia é a violência intrafamiliar é expressa por meio de dinâmicas de poder/afeto, nas quais estão presentes relações de subordinação e dominação. Os fatores que influenciam são gravidez na adolescência, não reconhecimento de paternidade, familiares usuários de álcool e drogas, depressão, descontrole emocional, portadores de necessidades especiais e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e podem manifestar-se via abusos físicos, sexuais e emocionais¹³.

Na violência física, os homens se mostram mais propensos a ações como agressões e a mulheres a violência indireta. Com isso, é necessário promover controle sobre os comportamentos e o ambiente social, a fim de reduzir os atos violentos entre adolescentes, e isso exige um forte senso de auto eficácia que explica o motivo de alguns sujeitos apresentarem a capacidade de evitar emoções negativas e lidarem melhor com determinados eventos da vida¹⁴.

A violência sexual contra adolescentes impacta de diversas maneiras na vida das vítimas, pois se trata de um

fenômeno de elevada magnitude, com perpetração de diversos tipos de violência que prejudica os aspectos psicológicos das relações sociais – como medo, fobia social, depressão, ideação suicida, abuso de álcool e outras drogas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e gravidez²⁷.

Tendo em vista a complexidade dos casos de violência sexual, pode-se classificá-la como: a) contato físico (com e sem penetração); b) contato não físico (assédio verbal, exposição a material pornográfico, exibicionismo, *voyeurismo*); e c) exploração sexual¹⁵.

A violência urbana é outro importante tipo, que a cada dia tem mais sujeitos expostos e/ou vulneráveis. Muitos dos jovens que vivenciam as situações de violência urbana se encontram na criminalidade e na ilegalidade, cometendo ato infracional. Esse grupo crescente é evidenciado por problemas comuns da juventude, como abuso de álcool e drogas, delinquência juvenil, vida escolar problemática, associação ao narcotráfico, entre outros associados à noção de crise da juventude, desafio social que carece de políticas públicas efetivas²⁰.

A maioria dos jovens negros e daqueles que vivem em comunidades de baixa renda, com baixos níveis educacionais, expõe-se também a violência policial. Grande parte das infrações comuns está relacionada a tráfico de drogas, assalto a mão armada, violência sexual e homicídio, sendo mais frequentes no sexo masculino. Além disso, os homossexuais se mostram particularmente vulneráveis à violência urbana, em decorrência de preconceitos enraizados na sociedade²².

A análise dos artigos demonstrou que as intervenções para o enfrentamento da violência na adolescência vem de uma ação intersetorial com o da educação e saúde, promovendo o tema diante da rotina dos estudantes, seja no ambiente escolar ou no espaço intrafamiliar.

As produções apontam que são vários fatores que contribuem para que essa prática seja observada e mantida, dentre os quais se destacam: a) relações de poder e de gênero predominantes nas sociedades; b) características do agressor e da vítima; c) questões culturais; d) ausência de mecanismos seguros e confiáveis; e) medo de denunciar; f) ineficiência dos órgãos de atendimento; e g) certeza de impunidade, dentre outros²⁸.

A atuação em rede, de modo intersetorial e multidisciplinar, também ficou evidente como potente ferramenta de enfrentamento da violência. A abordagem inicial e detecção pelas as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), com a notificação do caso é uma importante estratégia. Para tal, as equipes de saúde necessitam de educação permanente para compreender o fenômeno, os principais sinais e assim,

saber intervir. Faz-se mister a introdução de tais conteúdos nas matrizes curriculares das graduações em saúde. A falta de qualificação para a abordagem às vítimas de violência, pode ser tão grave, quanto a própria violência. Pois, a não identificação desta, permitirá sua perpetuação.

As ações para o enfrentamento do problema se baseiam na identificação de casos, no encaminhamento com o acionamento da rede de apoio e da equipe multidisciplinar e na notificação dos casos. Barreiras institucionais e burocráticas foram apontadas como as maiores dificuldades para tal enfrentamento.

Os artigos analisados chamam atenção para a necessidade de mudanças na postura profissional e no próprio processo de trabalho, na medida em que consideram importante a sensibilização e a capacitação do profissional da saúde para lidar com as questões relacionadas à violência.

Assim, pode-se perceber que a intersetorialidade é uma potente estratégia para o enfrentamento da violência contra adolescentes, em especial nos setores saúde, educação, assistência social, esportes e cultura. O setor saúde tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal *lôcus* para identificação dos casos, além de atuar na promoção da saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças dos adolescentes.

A adolescência tem sido um tema corriqueiro em diversos estudos desde os anos 1990²⁹. Muito destes estudos tem buscado contribuir para “despertar os profissionais, a sociedade e os próprios adolescentes para a organização de ações que visualizem o fenômeno da adolescência e da violência como prioridade nas agendas públicas”³⁰.

Em relação ao local em que o adolescente mais se expõe a situações de violência, os artigos destacam o ambiente escolar (85,1%). A escola representa um importante espaço social para o adolescente, assim como o lar com sua família e a comunidade em que vive. A escola de certo modo, é um espaço de importante produção social deste, e que lhes permite expor suas virtudes e vulnerabilidades.

O tipo de violência mais comum na escola é o *bullying*, esta destaca-se por ser o principal ambiente no qual o adolescente está sujeito à violência, seu papel fundamental envolve o educar, ou seja, proporciona saberes, o desenvolvimento de valores e relações interpessoais³¹. Assim, por ser um espaço que privilegia as trocas de aprendizagem e a socialização com diferenças de valores e referências, o encontro de ideias derivadas da família, da religião e da cultura³², torna necessária a adoção de intervenções para prevenir conflitos e quaisquer tipos de violência.

Também se relaciona a esse contexto o ambiente cibernético (4,1%) como *lôcus* de violência contra adolescentes.

O uso da internet, em geral, favorece práticas nocivas que vão desde violação de dados pessoais, provocações e ameaças até a incitação ao suicídio³³. Desse modo, diante do anonimato proporcionado pelas redes e, conseqüentemente, da falta de punição, o ambiente cibernético se torna propício a ataques classificados como *cyberbullying*. Destaca-se a forte ascensão das redes sociais e dos *sites* de relacionamento, aos quais grande parte dos jovens se conecta, facilitando esse tipo de violência.

Vale refletir tanto sobre os benefícios de tais tecnologias, enquanto fontes de aprendizado e socialização, quanto sobre os espaços de violência que se constituem no mundo virtual. O papel dos familiares no estabelecimento de limites aos adolescentes se mostra vital para que a internet não seja usada de modo inadequado ou abusivo.

O ambiente intrafamiliar/domiciliar (10,8%) também abriga casos de violência contra adolescentes, seja de ordem física (marcas espalhadas pelo corpo), psicológica (humilhações e ameaças) ou sexual (jogos sexuais impostos contra a vontade), além de negligência (abandono ou falta de cuidados básicos de saúde e segurança), praticados por pais ou responsáveis³⁴. Diante disso, o papel protetor da família é posto em xeque, em vez de proporcionar proteção e educação ao adolescente, o lar passa a constituir em um ambiente hostil.

A violência no lar pode está associada ao uso do álcool, podendo levar o adolescente a déficit e abandono escolar, ao consumo de drogas entre outros³⁵.

A prevenção é uma das melhores alternativas para lidar com a violência intrafamiliar e destacam a escola como ambiente mais adequado à intervenção - sendo necessária a capacitação de professores e gestores escolares para iniciativas de prevenção nesse sentido, com identificação, denúncia e acompanhamento dos casos³⁴.

A educação sexual e reprodutiva conscientiza os adolescentes acerca de seu próprio corpo. Tal conhecimento pode estimular a adoção de estratégias de proteção diante de abuso sexual que envolva os familiares, evitando que condutas criminosas sejam vistas como situações normais.

Bairros periféricos e comunidades de baixa renda (12,2%) também se apresentam como ambientes de violência contra adolescentes, devido ao fato de constituírem localidades tomadas por tráfico de drogas e facções criminosas. Estudo³⁶ traz relatos de jovens da periferia que deixaram de realizar suas atividades diárias e de lazer, como surfar, andar de *skate* ou até ir à escola, por conta dos locais onde ocorrem tais atividades terem sido dominados pelo narcotráfico. Os adolescentes que adentram esses espaços passam a correr risco de vida e sua vivência do espaço urbano sofre restrições³⁶.

Outro ambiente de violência na adolescência é vivenciado por sujeitos em situação de rua (1,4%), que se caracteriza por forte vulnerabilidade social. Esses adolescentes se habitam a enfrentar um cotidiano precário e violento, o que dificulta sua reinserção social em situações de conflito com a lei, por exemplo³⁷. Em tal cenário, a busca de melhores condições de vida constitui um desafio, pois essa população demanda intervenções de caráter assistencial ao mesmo tempo em que se observa carência de iniciativas que abram novos caminhos nesse sentido.

As limitações do estudo referem-se à amostra e os critérios de busca haja vista que foram incluídos somente os artigos disponíveis gratuitamente nas bases de dados citadas e os critérios de busca seguidos por apenas dois pesquisadores.

A revisão integrativa acerca desta problemática da violência contra adolescente permite que tanto os pesquisadores, profissionais da Saúde, Educação e outros, assim como leitores reconheçam os tipos de violência, além de desvendar o conhecimento no seu estado atual para planejar ações mais assertivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a identificação de diversas categorias de violência (*bullying*, violência sexual, violência intrafamiliar, violência escolar, Abuso do Relacionamento Adolescente (ARA), violência urbana, suicídio, violência física, *cyberbullying* e a violência policial) contra adolescentes e a (re)afirmação desta contra adolescentes como um problema de saúde pública e social, demandando maior atenção e a criação de políticas públicas para proporcionar amparo a esse grupo.

Considerando o ambiente escolar enquanto locus de predomínio das situações de violência vivenciadas pelos adolescentes, evidenciou-se que a intersectorialidade é uma estratégia vital no enfrentamento de tais situações. Assim, a escola e as equipes da ESF devem desenvolver ações conjuntas que envolvam as famílias no contexto educacional, de modo que os estudantes, pais e comunidades identifiquem e previnam as situações cotidianas de violência.

Pode-se dizer que a questão norteadora do estudo foi respondida à medida que identificamos os tipos de violência que acometem os adolescentes, sendo os mais frequentes o *bullying*, a violência sexual e a violência intrafamiliar. Como esse problema demanda intervenções na escola, na comunidade e no ambiente intrafamiliar, buscou-se identificar estratégias de enfrentamento.

Uma das lacunas encontradas no estudo consiste em verificar a efetividade das estratégias de enfrentamento a

curto, médio e longo prazo. Por isso, sugere-se a realização de novos estudos que aprofundem a análise nesse sentido.

Contribuição dos autores:

MIOV contribuiu para a concepção e/ou desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito. YAC contribuiu com coleta, análise e interpretação dos dados. GPM contribuiu com coleta, análise e interpretação dos dados e redação e/ou revisão da versão final. MMV contribuiu com análise e interpretação dos dados. PRL contribuiu com análise e interpretação dos

dados. VSF contribuiu para a concepção e/ou desenho do estudo, análise e interpretação dos dados. LGSJ contribuiu para a redação e/ou revisão crítica do manuscrito. FRGXN contribuiu para a redação e/ou revisão crítica do manuscrito.

Agradecimentos:

Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP) – Edital Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e à Inovação Tecnológica (BPI – 03/2018). Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (LABSUS).

REFERÊNCIAS

- Minayo MC. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Soares MR. Juventude e vulnerabilidade social [dissertação] [Internet]. Americana: Centro Universitário Salesiano de São Paulo; 2015 [citado 2020 Jun 4]. Disponível em: https://unisal.br/wp-content/uploads/2016/03/Disserta%C3%A7%C3%A3o_MARCOS-ROGERIO-SOARES.pdf
- Lei No. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. 1990 [citado 2020 Jun 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Botelho LL, Cunha CC, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gest Soc*. 2011;5(11):121-36.
- Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICo: The SPIDER Tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res*. 2012;22(10):1435-43.
- Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31.
- Malta DC, Bernal RT, Pugedo FS, Lima CM, Mascarenhas MD, Jorge AO, et al. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(9):2899-908.
- Oliveira RN, Gessner R, Brancaglioni BC, Fonseca RM, Egry EY. Preventing violence by intimate partners in adolescence: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):134-43.
- Bradshaw CP, Waasdorp TE, Johnson SL. Overlapping verbal, relational, physical, and electronic forms of bullying in adolescence: in uence of school context. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015;44(3):494-508.
- Foshee VA, Reyes HL, Chen MS, Ennett ST, Basile KC, DeGue S, et al. Shared risk factors for the perpetration of physical dating violence, bullying, and sexual harassment among adolescents exposed to domestic violence. *J Youth Adolesc*. 2016;45(4):672-86.
- Reyd DE, Holland KM, Cortina K, Ball B, Rosenbluth B. Evaluation of the expect respect support group program: a violence prevention strategy exposed to violence. *Prev Med*. 2017;100(1):235-42.
- Dick RN, McCauley HL, Jones KA, Tancredi DJ, Goldstein S, Blackburn S, et al. Cyber dating abuse among teens using school-based health centers. *Pediatrics*. 2018;134(6):1560-7.
- Martins FF, Romagnoli RC. A violência contra as crianças e adolescentes admitidos no Hospital João XIII: uma análise quantitativa. *Genes Rev Interinst Psicol*. 2017;10(1):148-61.
- Valois RF, Zullig KJ, Revels AA. Aggressive and violent behavior and emotional self-efficacy: is there a relationship for adolescents? *J Sch Health*. 2017;87(4):269-77.
- Von Hohendorff J, Patias ND. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. *Barbarói*. 2017;(49):239-57.
- Pool AC, Patterson F, Luna IY, Hohl B, Bauer KW. Ten-year secular trends in youth violence: results from the Philadelphia Youth Risk Behavior Survey 2003-2013. *J Sch Health*. 2017;87(4):244-52.
- Costa AP, Oliveira DA, Rodrigues MP, Ferreira MA. Violência doméstica e abuso de álcool e drogas na adolescência. *Rev Ciênc Plur*. 2015;1(2):48-56.
- Melo RA, Souza SL, Bezerra CS. Cuidados de enfermagem à criança e adolescente em violência doméstica na visão de graduandos de enfermagem. *Av Enferm*. 2017;35(3):293-302.
- Valente LA, Dalledone M, Pizzatto E, Zaiter W, Souza JF, Losso EM. Domestic violence against children and adolescents: prevalence of physical injuries in a Southern Brazilian Metropolis. *Braz Dent J [Internet]*. 2015;26(1):55-60.
- Araújo EM, Ataíde MA. Serviço social: intervenção em um hospital de urgência e emergência diante da rede de atenção ao paciente jovem vítima de violência urbana. *Tempus*. 2018;11(2):69-87.
- Roberto AJ, Eden J, Savage MW, Ramos-Salazar L, Deiss DM. Outcome evaluation results of school-based cybersafety promotion and cyberbullying prevention intervention for middle school students. *Health Commun*. 2018;29(10):1029-42.
- Nascimento MA, Uziel AP, Hernández JG. Young men in juvenile detention centers in Rio de Janeiro, Brazil: gender, sexuality, masculinity and health implications. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):e00177916.
- Albuquerque IM, Gomes DF, Vasconcelos AM, Aguiar DT, Silva TB. Bullying na concepção de estudantes do Ensino Fundamental de uma escola pública. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(3):444-53.
- Pigozi PL, Machado AL. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2015 [citado 2019 Dez 20];20(11):3509-22.
- Cerezo F, Ruiz-Esteban C, Sánchez Lacasa C, Areñe Gonzalo JJ. Dimensions of parenting styles, social climate, and bullying victims in primary and secondary education. *Psicothema*. 2018;30(1):59-65.
- Choi HJ, Elmquist J, Shorey RC, Rothman EF, Stuart GL, Temple JR. Stability of alcohol use and teen dating violence for female youth: a latent transition analysis. *Drug Alcohol Rev*. 2016;36(1):80-7.

27. Costa FB, Miranda CE, Rodrigues MT, Mascarenhas MD. Violência sexual entre adolescentes escolares brasileiros. *Rev Adolesc Saúde*. 2018;15(2):72-80.
28. Francischini R, Souza Neto MO. Enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes: Projeto Escola que Protege. *Rev Dep Psicol UFF*. 2017;19(1):243-51.
29. Rodrigues AR, Barros WM, Soares PD. Reincidência da gravidez na adolescência: percepções das adolescentes. *Enferm Foco*. 2017;7(3/4):66-70.
30. Zanatta EA, Dal Pai D, Resta DG, Argenta C, Motta MG. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. *Enferm Foco*. 2012;3(4):165-8.
31. Silva BR, Silva AO, Passos MH, Soares FC, Valença PA, Menezes VA, et al. Autopercepção negativa de saúde associada à violência escolar em adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(9):2909-16.
32. Cruz FM, Maciel MA. 'Excluir', 'Xingar', 'Bater': sentidos de violência na escola segundo estudantes da Paraíba. *Psicol Esc Educ*. 2018;22(2):291-300.
33. Ferreira TR, Deslandes SF. Cyberbullying: conceituações, dinâmicas, personagens e implicações à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(10):3369-79.
34. Carcardo GM, Gallo AE. Mapeamento do conhecimento de professores sobre violência intrafamiliar. *Psicol Educ*. 2018;(46):31-9.
35. Silveira RE, Santos AS. Contextos de vulnerabilidade entre adolescentes do ensino fundamental de Uberaba/MG. *Enferm Foco*. 2012;3(4):182-5.
36. Barros JP, Paiva LF, Rodrigues JS, Silva DB, Leonardo CS. "Pacificação" nas periferias: discursos sobre as violências e o cotidiano de juventudes em Fortaleza. *Rev Psicol*. 2018;9(1):117-28.
37. Penna LH, Carinhonha JI, Ribeiro LV, Graça HM, Marques CS. Perfil sociodemográfico da adolescente em situação de rua: análise das condições socioculturais. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e29603.

ENGAJAMENTO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NO TRABALHO COM CRIANÇAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Lara Gerino Garcia¹

María Helena Pinto¹

Rafaela Moreira da Silva Canille²

<https://orcid.org/0000-0001-8772-106X>

<https://orcid.org/0000-0003-0601-8511>

<https://orcid.org/0000-0003-2716-928X>

Objetivo: Identificar o nível de engajamento e a satisfação dos profissionais da enfermagem no trabalho com crianças em tratamento oncológico.

Métodos: Trata-se de estudo descritivo exploratório, realizado com 41 profissionais das unidades de internação pediátrica do hospital da criança e maternidade, utilizando um questionário com dados sociodemográficos, uma pergunta aberta de satisfação no trabalho e um questionário autoaplicável para a avaliação do engajamento, aplicado no mês de agosto de 2018.

Resultados: A análise dos dados demonstrou alto engajamento dos profissionais no trabalho, com escore médio total de 4,62, alto em vigor e absorção e muito alta em dedicação.

Conclusão: Os dados evidenciam a necessidade de maior atenção e suporte a esses profissionais para manter os níveis de engajamento no trabalho, o que influencia na qualidade do cuidado prestado, e é relevante para a saúde da equipe de enfermagem e segurança do paciente.

Descritores: Satisfação no emprego; Oncologia; Equipe de enfermagem; Câncer; Criança

ENGAGEMENT OF NURSING PROFESSIONALS AT WORK WITH CHILDREN UNDER ONCOLOGICAL TREATMENT

Objective: To identify the level of engagement and satisfaction of nursing professionals in working with children undergoing cancer treatment.

Methods: This is an exploratory descriptive study, carried out with 41 professionals from the pediatric inpatient units of the children's and maternity hospital, using a questionnaire with sociodemographic data, an open question of job satisfaction and a self-administered questionnaire to assess engagement, applied in the month of August 2018.

Results: Data analysis showed high engagement of professionals at work, with a total average score of 4.62, high in force and absorption and very high in dedication.

Conclusion: The data show the need for greater attention and support for these professionals to maintain levels of engagement at work, which influences the quality of care provided, and is relevant to the health of the nursing team and patient safety.

Keywords: Job satisfaction; Oncology; Nursing team; Cancer; Child

NIVEL DE COMPROMISO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA AL TRABAJAR CON NIÑOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Objetivo: Identificar el nivel de compromiso y satisfacción de los profesionales de enfermería al trabajar con niños sometidos a tratamiento oncológico.

Métodos: Este es un estudio exploratorio descriptivo, realizado con 41 profesionales de las unidades de hospitalización pediátrica del hospital infantil y de maternidad, utilizando un cuestionario con datos sociodemográficos, una pregunta abierta de satisfacción laboral y un cuestionario autoadministrado para evaluar el compromiso. se aplicó en agosto de 2018.

Resultados: el análisis de datos mostró una alta participación de profesionales en el trabajo, con un puntaje promedio total de 4.62, alta en fuerza y absorción y muy alta dedicación.

Conclusión: los datos muestran la necesidad de una mayor atención y apoyo para que estos profesionales mantengan niveles de compromiso en el trabajo, lo que influye en la calidad de la atención brindada y es relevante para la salud del equipo de enfermería y la seguridad del paciente.

Descriptor: Satisfacción laboral; Oncología equipo de enfermería; Câncer; Niño

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

²Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Lara Gerino Garcia | Email: laragerinogarcia@gmail.com

Recebido: 04/03/2020 - Aceito: 17/12/2020

INTRODUÇÃO

Devido aos elevados índices de morbidade e mortalidade dos indivíduos com Câncer, a confirmação dessa doença é na maioria das vezes associada à morte, o que pode tornar difícil abordagem e enfrentamento dos profissionais envolvidos no cuidado desses pacientes. Buscando um cuidado de qualidade e longe de danos, os profissionais da saúde nos mostram que a maior autocobrança é na área de oncologia pediátrica, onde esses profissionais podem apresentar dificuldades no cotidiano do trabalho, com sentimentos intensos devido às situações de morte da criança, luto da família e demandas da organização do trabalho, o que pode contribuir para o sofrimento do profissional^{1,2} e pode influenciar na sua satisfação e engajamento no trabalho.

Estudo destaca que apesar de esses profissionais lidarem com dor, sofrimento e o estigma do câncer, eles muitas vezes demonstram interesse em permanecer no local de trabalho, mostrando-se satisfeitos e com um bom nível de engajamento com a profissão³; destacam como aspectos laborais positivos a recuperação do paciente, educação em saúde e até mesmo o contato afetivo que existe entre profissional e paciente⁴. Ao mesmo tempo, o fato de eles estarem constantemente lidando com o sofrimento e o pesar da morte, esses profissionais estão diretamente ligados aos riscos de prejuízo da saúde mental, por se tratar de atividades extremamente desgastantes, tanto físicas como psicológicas, o que pode progredir para o estresse⁵, e como consequência alterar a satisfação e o nível de engajamento dos profissionais no trabalho. Há autores também que trazem que a vivência com o tema oncologia e as políticas públicas referente ao assunto, durante a graduação, implica em um cuidado de qualidade prestado pelo profissional para o paciente com diagnóstico de câncer⁶.

Uma progressão desse estresse preocupa pesquisadores, pela possibilidade de desencadear a Síndrome de Burnout, entendida como o oposto do engajamento no trabalho, que prevalece em profissionais da área da saúde em geral, principalmente médicos e enfermeiros. Segundo a OMS, o aumento da Síndrome de Burnout traz um impacto negativo na qualidade e produtividade desses profissionais, e depois de um determinado tempo prejudica a instituição ou empresa⁷.

Na área da enfermagem, o trabalho por turnos, o contato com doenças de etiologias diversas, risco de morte dos pacientes, os conflitos de papéis desempenhados, assim como a desvalorização profissional constituem algumas das situações que podem contribuir para o estresse, tornando-os com o passar do tempo insatisfeito no trabalho, o que é agravado pelo atual contexto da crise econômica e

das reformas no setor da saúde⁷. A área de oncologia pode ser um facilitador para o desenvolvimento deste transtorno⁸, devido ao estigma do câncer na sociedade.

Estudos apontam que a avaliação do estresse e os níveis de engajamento no trabalho podem prever as causas dos afastamentos dos profissionais por doença mental, assim como baixos níveis de estresse e de disfunção social se mostraram preditores de vigor e dedicação no trabalho^{9,10}.

Com base nas características dos pacientes oncológicos e o necessário envolvimento desses profissionais com as crianças e sua família surgiu a questão de pesquisa: Qual a satisfação e o nível de engajamento do profissional da enfermagem no trabalho com crianças com câncer?

É importante compreender que os conceitos de satisfação e engajamento no trabalho estão relacionados à motivação pessoal. Engajamento é definido como um estado mental positivo, de conexão profunda com a ação laboral, além de ser indicador de saúde do trabalhador, ou seja, o profissional engajado realiza o seu trabalho com elevado sentimento de inspiração, bem-estar e prazer¹¹, pode ser influenciado pelas condições de trabalho, que quando identificado de forma negativa pode prejudicar a saúde do trabalhador e o sucesso da empresa. Sendo assim, o entendimento da relação entre o fenômeno engajamento e satisfação no trabalho é premissa para a interpretação dos resultados obtidos na avaliação dos riscos para o estresse ocupacional^{11,12}.

Considerando a escassez de pesquisas sobre engajamento no trabalho e os aspectos inerentes ao trabalho da enfermagem na oncologia, este estudo objetivou identificar o nível de engajamento e a satisfação dos profissionais da enfermagem no trabalho com crianças em tratamento oncológico, o que permitirá conhecer a relação desses profissionais com o trabalho, subsidiando ações que fortaleçam o processo de cuidar das crianças e de gestão dessas unidades.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório do tipo transversal, de natureza quantitativa.

O estudo foi desenvolvido nas unidades de internação onde são admitidas as crianças para tratamento oncológico. Devido ao hospital não possuir um setor específico de oncopediatria, o atendimento desses pacientes é feito de forma ambulatorial, e aquelas crianças que necessitam permanecer no hospital são encaminhados para as unidades de internação pediátrica que fica situada no 6º e 7º andar do hospital local do estudo.

A população do estudo foi de 55 profissionais alocados nas unidades de internação pediátrica, todos do sexo feminino. Participaram do estudo 41 profissionais da enfermagem,

incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem das unidades de internação pediátrica. Os critérios de inclusão foram: estar presente na unidade durante o período de coleta de dados, trabalhar no setor há no mínimo um ano, aceitar o convite para participar da pesquisa e responder completamente os questionários. Critérios de exclusão: não estar no setor durante o período da coleta dos dados, por afastamento do trabalho de qualquer natureza (férias, licença saúde ou outra), recusar participar do estudo e não preencher todas as questões dos instrumentos.

Os questionários foram entregues para pela pesquisadora durante o horário de trabalho dos 41 profissionais incluídos no estudo, todas do sexo feminino. Seis profissionais não puderam participar devido ao tempo de serviço no setor menor que um ano, seis não aceitaram participar da pesquisa, um profissional não se encontrava no local nos dias da coleta dos dados e uma participante foi excluída da pesquisa por não preencher todos os itens dos questionários. Os dados foram coletados por meio de dois questionários

O instrumento utilizado foi um constituído de dados sociodemográficos dos participantes como: Sexo, idade, estado civil, número de filhos, renda familiar, procedência, religião, anos de estudo (escolaridade), tempo de trabalho no setor e categoria profissional, com uma questão aberta de satisfação no trabalho.

Um segundo instrumento (questionário) denominado Bem-estar no trabalho, que substitui o termo "Engajamento no trabalho"¹¹ já que a conotação da palavra pode influenciar o respondente. Esse instrumento é composto por 17 questões que irão avaliar o nível de engajamento do profissional no trabalho, o qual envolve as dimensões vigor, dedicação e absorção. Na dimensão vigor são as questões que se refere ao esforço do profissional (questões:1,4,8,12,15,17), cinco questões sobre dedicação (questões 2,5,7,10,13), e seis questões sobre absorção (questões 3,6,9,11,14,16), que se refere a total imersão do profissional com o trabalho¹¹. O participante foi orientado a responder diante de cada afirmativa se já experimentou o que é relatado em relação ao seu trabalho. Caso nunca tenha tido o sentimento responder zero. Em caso afirmativo responder a frequência seguindo uma escala de Likert, que descreveria melhor o sentimento (de 1 algumas vezes a 6 sempre)¹¹.

Ambos instrumentos foram auto preenchidos de forma voluntária, anônima e confidencial. Foram entregues no início do mês de agosto de 2018 e recolhidos trinta dias depois.

Para identificar o nível de engajamento dos profissionais foi calculada a média dos escores de cada dimensão, vigor, dedicação e absorção segundo indicações iniciais do manual UWES, utilizando o programa *Bioestat* versão 5.3 e para interpretação dos escores foi utilizado o modelo apresentado no quadro 1¹³.

Quadro 1. Modelo para a interpretação dos valores dos scores médios do estudo para grupos

| Frequência de sentimentos (vigor, Dedicação e Absorção) em relação ao trabalho (Questões UWES). | Interpretação |
|---|---------------|
| 0 a 0,99= 1 (Algumas vezes por ano) | Muito Baixa |
| 1 a 1,99 =2 (Uma vez ou menos por mês) | Baixa |
| 2 a 2,99 =3 (Algumas vezes por mês) 3 a 3,99 = 4 (Uma vez por semana) | Média |
| 4 a 4,99 =5 (Algumas vezes por semana) | Alta |
| 5 a 6 = 6 (Todos os dias) | Muito Alta |

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, parecer n. 2.084.113 datado em 26 de maio de 2017. Os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes do início da coleta de dados com a garantia de anonimato e sigilo das informações, conforme preconiza a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A maioria dos participantes era técnicos e auxiliares de enfermagem, com idade entre 21 e 50 anos, casada, com tempo de trabalho no setor de um a cinco anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características profissionais dos participantes do estudo (n=41)

| | n(%) 41(100) | |
|----------------------------|------------------------|-----------|
| Categoria Profissional | Enfermeira | 11(26,83) |
| | Técnica de Enfermagem | 3(7,32) |
| | Auxiliar de Enfermagem | 27(65,85) |
| Faixa Etária | 21 a 30 anos | 19(46,34) |
| | 31 a 50 anos | 19(46,34) |
| | 51 a 61 anos | 3(7,32) |
| Estado Civil | Casada | 23(56,10) |
| | Solteira | 16(39,02) |
| | Outros | 2(4,88) |
| Tempo de Trabalho no Setor | 1 a 5 anos | 24(58,54) |
| | 6 a 15 anos | 12(29,27) |
| | Mais de 15 anos | 5(12,19) |
| Nº de filhos | 00 | 20(48,78) |
| | 01 | 7(17,07) |
| | 2 ou mais | 14(34,15) |

No questionamento sobre a satisfação com o trabalho, 98% dos profissionais (40) responderam estar satisfeitos, destes, nove relataram como motivo estar realizada, cinco

sentem-se importante na vida do paciente, ambos com tempo médio no setor de 4,2 anos, dez sentem-se feliz e gostaria de ser mais valorizada, com tempo médio no setor de 12,8 anos e 15 com tempo médio no setor de 5,9 anos, não relataram o motivo. Apenas uma participante relatou estar insatisfeita com a profissão, relatando sentir-se totalmente desvalorizada.

Tabela 2. Distribuição das interpretações e valores mínimos, máximo, mediana e média (\pm Desvio Padrão), segundo os escores das dimensões do *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) (n=41)

| Dimensão UWES | N | Min. | Máx. | Md. | Média \pm DP | Interpretação |
|---------------|----|------|------|------|-----------------|---------------|
| Vigor | 41 | 0,5 | 6 | 4,83 | 4,49 \pm 1,20 | Alto |
| Dedicação | 41 | 2,0 | 6 | 5,2 | 5,08 \pm 0,92 | Muito alto |
| Absorção | 41 | 1,33 | 6 | 4,83 | 4,42 \pm 1,00 | Alto |
| Engajamento | 41 | 1,28 | 6 | 4,92 | 4,62 \pm 1,00 | Alto |

Min - mínimo; Max - Máximo; Md - Mediana; DP - Desvio Padrão

A tabela 2 destaca os resultados da avaliação do nível de engajamento, segundo a distribuição dos valores mínimos, máximos, medianas e médias \pm Desvio Padrão, segundo as dimensões do UWES (Vigor, Dedicação, Absorção e Score Geral), enquanto que a tabela 3 demonstra a classificação do nível de engajamento no trabalho segundo as dimensões do UWES.

As médias dos escores de vigor, dedicação, absorção e engajamento segundo o estado civil (considerando entre as casadas também aquelas com união estável), número de filhos e tempo de trabalho no setor estão apresentadas na tabela 4.

Tabela 3. Classificação do nível de engagement segundo as dimensões da *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) (n=41)

| Dimensões UWES | Vigor | Dedicação | Absorção | Engajamento | |
|-----------------------------|-------------|-----------|----------|-------------|-------|
| Número de Participantes | 41 | 41 | 41 | 41 | |
| Alfa de Cronbach | 0,88 | 0,81 | 0,72 | 0,87 | |
| Escore Médio | 5,049 | 5,561 | 4,951 | 5,146 | |
| Classificação das Dimensões | Muito Baixo | n | 1 | | |
| | | % | 2,43 | | |
| | Baixo | n | | 1 | 1 |
| | | % | | 2,38 | 2,38 |
| | Médio | n | 10 | 5 | 11 |
| | | % | 24,39 | 12,20 | 26,83 |
| | Alto | n | 10 | 6 | 14 |
| | | % | 24,39 | 14,64 | 33,33 |
| | Muito Alto | n | 20 | 30 | 15 |
| | | % | 48,78 | 71,43 | 35,71 |

Tabela 4. Interpretação e Média dos escores das dimensões da *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), segundo estado civil e tempo de trabalho no setor (n=41)

| | Vigor | Dedicação | Absorção | Engajamento | |
|----------------|-----------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Estado civil | Casada | 4,210 \pm 1,697 Alto | 4,852 \pm 1,482 Alto | 4,297 \pm 1,748 Alto | 4,429 \pm 1,673 Alto |
| | Solteira | 5,010 \pm 1,201 Muito alto | 5,475 \pm 1,006 Muito alto | 4,646 \pm 1,535 Alto | 5,018 \pm 1,318 Muito alto |
| Tempo No Setor | 1 a 10 anos | 4,684 \pm 1,393 Alto | 5,290 \pm 1,130 Muito alto | 4,684 \pm 1,446 Alto | 4,862 \pm 1,366 Alto |
| | 11 a 20 anos | 4,426 \pm 1,632 Alto | 4,978 \pm 1,390 Alto | 4,093 \pm 1,926 Alto | 4,471 \pm 1,705 Alto |
| | mais de 21 anos | 2,833 \pm 2,176 Média | 3,242 \pm 2,154 Média | 3,167 \pm 2,093 Média | 3,216 \pm 2,129 Média |

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi identificar o nível de engajamento e a satisfação dos profissionais da enfermagem no trabalho com crianças com câncer em um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo. Vale ressaltar que as profissionais participantes da pesquisa eram do sexo feminino, a maioria auxiliar de enfermagem, sem filhos, com idade variando de 21 a 61 anos, a maioria casada e com tempo de trabalho no setor entre 1 e mais de 15 anos. Esses dados foram semelhantes aos encontrados em um estudo com equipe de enfermagem sobre engajamento no trabalho com pacientes oncológicos realizado na Austrália em 2014¹⁴ e um outro estudo com enfermeiros realizado na Espanha¹⁵. A população predominante do sexo feminino confirma que embora o sexo masculino venha se infiltrando gradativamente nesse meio, as mulheres são as que ainda prevalecem na enfermagem⁹, principalmente em setores de pediatria.

Segundo o instrumento utilizado (UWES), o estudo demonstrou um alto nível de engajamento dos profissionais no trabalho, o que leva a expectativa de um bom desempenho, comprometimento e satisfação profissional¹³, mesmo entendendo que a demanda no setor de pediatria tem particularidades associadas a um custo não só físico dos profissionais, mas principalmente psicológico, mental, ou emocional, por implicar em demonstração de empatia ou emoções positivas quando os sentimentos normalmente são opostos com relação à criança com câncer, que na maioria das vezes, principalmente as mães desejam certezas e garantias no tratamento¹⁶.

Uma parcela dos participantes da pesquisa relatou que se sente satisfeita com o trabalho, mas gostaria de ser mais valorizada. Autores afirmam que alguns fatores estão relacionados positivamente com o trabalho, como carga horária, autonomia, recompensa, comunidade, justiça, valores e envolvimento dos profissionais, associado ao bom desempenho, eficiência e boa produtividade, os quais podem ser mensurados pelo vigor, dedicação e absorção dos profissionais no trabalho, construtos identificados pelo UWES; estes demonstram a satisfação do profissional no trabalho, que tem como consequência amenizar as influências negativas que o ambiente do trabalho proporciona^{10,16}.

Um estudo qualitativo sobre engajamento do enfermeiro no trabalho reforçou a importância do feedback dos pacientes e/ou familiares aos profissionais de enfermagem sobre o serviço prestado, influenciando diretamente no aumento dos níveis de vigor, dedicação, absorção e engajamento¹⁷. Em outro estudo sobre engajamento de profissionais da enfermagem primária em saúde evidenciou que os enfermeiros engajados no trabalho tendem a ser motivados quando se sentem úteis e valorizados ou quando podem fazer a

diferença na vida dos usuários¹⁷, ou seja, profissionais engajados são aqueles que estão física, cognitiva e emocionalmente conectados com seus papéis no trabalho¹⁸.

Os resultados encontrados no presente estudo são semelhantes a outro realizado na mesma instituição com médicos residentes da pediatria, onde apresentaram níveis positivos de engajamento e de desempenho profissional, embora em metade dos pesquisados tenha identificado algum grau de ansiedade e depressão¹⁹.

Os dados apontaram que os profissionais que trabalham há menos tempo apresentam altos níveis de vigor, dedicação e absorção. Entretanto, aqueles que apresentam maior tempo de serviço apresentam um baixo nível de vigor e nível médio de dedicação e absorção, acarretando escore total médio para o engajamento no trabalho. Um estudo semelhante realizado na Espanha, em 2016, com enfermeiros de um hospital público encontrou média de altos níveis de engajamento em todas as dimensões, com destaque para a dimensão dedicação e absorção que apresentou média entre os enfermeiros com mais tempo de trabalho¹⁵.

Segundo artigo escrito por Carol Gonçalves, um estudo realizado no período entre 2014 e 2016 pelo *Korn Ferry Hay Group* apontou que os colaboradores ao ingressarem no hospital apresentaram melhor engajamento no primeiro ano. O autor justifica que no início o trabalho costuma ser mais prazeroso, o que é estímulo para fazer melhor, mas que com o passar do tempo diminui o entusiasmo, começa o desânimo e o trabalho torna-se uma rotina automatizada. Ainda destaca que os setores quase sempre têm dificuldade de manter o alto engajamento dos profissionais no trabalho nos primeiros dez anos, mas que depois desse período a percepção volta a ser positiva²⁰.

Quando comparado o nível de engajamento dos profissionais com o estado civil dos participantes, obteve-se um alto nível de engajamento entre as casadas, no entanto observou-se um nível muito alto para as solteiras, como encontrado em um estudo realizado com residentes multiprofissionais em 2016, onde o perfil dos entrevistados era enfermeira solteira e que apresentava um comprometimento e disposição positiva no ambiente laboral²¹.

Mesmo relatando estarem satisfeitas e que gostariam de serem mais valorizadas, as participantes indicaram um nível alto de engajamento. Autores afirmam que o engajamento positivo melhora a qualidade de vida do profissional e pode indicar o alcance do sucesso profissional, o que implica diretamente na segurança do paciente e na qualidade da assistência oferecida²², contribuindo positivamente para o atendimento dos usuários do serviço de saúde¹⁰.

Os resultados da presente pesquisa mostram que os profissionais da enfermagem deste setor têm um bom enfrentamento perante as dificuldades do dia a dia e apresenta uma grande concentração nos trabalhos exercidos, identificados como absorção alta, enquanto no estudo realizado na Espanha os níveis de vigor e absorção foram médios entre os profissionais que trabalhavam meio período escolhidos voluntariamente, diferente daqueles com tempo parcial imposto pela instituição, que apresentaram nível alto nessas dimensões²².

Os valores do coeficiente Alfa de Cronbach variaram de 0,72 a 0,88, apontando confiabilidade dos resultados, corroborando os estudos realizados em mais de 20 países que sugerem a variação de alfa entre 0,60-0,92 para vigor; 0,77-0,93 para dedicação e 0,68-0,88 para absorção¹⁰.

Como em outros estudos, os profissionais pesquisados mostraram-se engajados, o que supõe serem mais saudáveis e que experimentam emoções positivas com maior frequência, criam seus recursos laborais e podem transmitir seu compromisso com o trabalho para outras pessoas, assim como segurança nos cuidados prestados^{20,22}.

Para a realização do estudo, uma das dificuldades encontradas foi a não disponibilidade dos profissionais em ser participante da pesquisa, mesmo com o empenho da

pesquisadora em abordar todos os profissionais de enfermagem nos diferentes turnos.

CONCLUSÃO

A maioria dos participantes do estudo, profissionais da enfermagem dos setores de internação pediátrica, relataram estar satisfeitos no trabalho e as respostas sobre o engajamento no trabalho foram interpretadas como alto em vigor e absorção e muito alto em dedicação, com escore total alto. Conclui-se então que há um alto nível de engajamento dos participantes da pesquisa no setor de pediatria. Contudo, os dados evidenciam a necessidade de maior atenção e suporte a esses profissionais para manter os níveis de engajamento no trabalho, o que influencia na qualidade do cuidado prestado, e é relevante para a saúde da equipe de enfermagem, segurança do paciente e o sucesso da organização.

Contribuição dos autores:

Lara Gerino Garcia: coleta, análise e interpretação dos dados; Maria Helena Pinto: concepção, desenho do estudo, e aprovação da versão final a ser publicada e Rafaela Moreira da Silva Canille: redação e revisão crítica do manuscrito.

Agradecimentos:

Ao CNPq e a todos que participaram da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Marques FR, Ferreira MC, Duarte AM, Balieiro MM, Mandetta MA. Nature and source of conflicts of relationships in the context of pediatric oncology: an integrative literature review. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015;14(2):1184-93.
- Negrão SM, Conceição MN, Mendes MJ, Araújo JS, Pimentel IM, Santana ME. Avaliação da prática de enfermagem na segurança do paciente oncológico. *Enferm Foco*. 2019;10(4):136-42.
- Machado PG, Porto-Martins PC. Condições organizacionais enquanto terceiras variáveis entre burnout e engajamento. *Diaphora*. 2013;2(1):35-44.
- Silva JT, Matheus MC, Fustinoni SM, Gutiérrez MG. Prática profissional de enfermeiras que cuidam de pacientes com câncer em hospitais gerais. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(3):460-5.
- Maronesi LC, Silva NR, Cantu SO, Santos AR. Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. *Estud Pesqui Psicol*. 2014;14(3):877-92.
- Oliveira AM, Stancato K, Silva EM. Formação do enfermeiro: políticas públicas na atenção oncológica. *Enferm Foco*. 2018;9(3):48-52.
- Pereira MM, Gomes AR. Stress, burnout e avaliação cognitiva: estudo na classe de enfermagem. *Arq Bras Psicol*. 2016;68(1):72-83.
- Rivas E, Barraza-Macias A. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y su relación con cuatro variables laborales. *Enferm Univ*. 2018;15(2):136-46.
- Roelen CA, van Hoffen MF, Waage S, Schaufeli WB, Twisk JW, Bjorvatn B, et al. Psychosocial work environment and mental health-related long-term sickness absence among nurses. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018;91(2):195-203.
- Jenaro C, Flores N, Orgaz MB, Cruz M. Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *J Adv Nurs*. 2011;67(4):865-75.
- Magnan ES, Vazquez AC, Pacico JC, Hutz CS. Normatização da versão Brasileira da Escala Utrecht de Engajamento no Trabalho. *Aval Psicol*. 2016;15(2):133-40.
- Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag*. 2015;23(3):346-58.
- Vazquez AC, Magnan ES, Pacico JC, Hutz CS, Schaufeli WB. Adaptation and validation of the Brazilian version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Psico-USF*. 2015;20(2):207-17.
- Poulsen MG, Khan A, Poulsen EE, Khan SR, Poulsen AA. Work engagement in cancer care: the power of co-worker and supervisor support. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:134-8.
- González-Gancedo J, Fernández-Martínez E, Rodríguez-Borrego MA. Relationships among general health, job satisfaction, work engagement and job features in nurses working in a public hospital: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2019;28(7-8):1273-88.

16. Lourenção LG, Teixeira PR, Gazetta CE, Pinto MH, Gonzalez EG, Rotta DS. Níveis de ansiedade e depressão entre residentes de pediatria. *Rev Bras Educ Med.* 2017;41(4):557-63.
17. Merino CF, Gallardo RY. Describiendo el engagement en profesionales de enfermería de atención primaria de salud. *Cienc Enferm.* 2014;20(3):131-40.
18. Oliveira LB, Rocha JC. Engajamento no trabalho: antecedentes individuais e situacionais e sua relação com a intenção de rotatividade. *Rev Bras Gest Negócios.* 2017;19(65):415-31.
19. Teixeira PR, Lourenção LG, Gazetta CE, Gonzalez EG, Rotta DS, Pinto MH, et al. Engagement no trabalho em residentes médicos de pediatria. *Rev Bras Educ Med [Internet].* 2017 [citado 2019 Jan 17];41(1):126-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000100126&lng=en&nrm=iso
20. Gonçalves C. O engajamento e o papel da liderança como impulsionadores do sucesso da instituição. *Rev Hosp Bras.* 2017;12-8.
21. Rotta DS, Lourenção LG, Gonzalez EG, Teixeira PR, Gazetta CE, Pinto MH. Engagement of multi-professional residents in health. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03437.
22. Orgambidez-Ramos A, Borrego-Alés Y. Social support and engagement as antecedents of job satisfaction in nursing staff. *Enferm Glob.* 2017;16(48):217-5.

ANÁLISE DO PROCESSO DE TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA NO ESTADO DE MATO GROSSO

Kaynara Borges de Oliveira¹
Débora Oliveira de Jesus¹
Maria Fernanda Spegiorin Salla Brune¹
Fernando Riegel²
Alessandra Vaccari²
Maximilian Wilhelm Brune¹

<https://orcid.org/0000-0003-1162-8859>
<https://orcid.org/0000-0001-6678-1258>
<https://orcid.org/0000-0002-1822-0904>
<https://orcid.org/0000-0002-3688-419X>
<https://orcid.org/0000-0003-0195-073X>
<https://orcid.org/0000-0001-9136-6873>

Objetivo: Analisar a eficácia no processo de coleta e processamento de sangue dos recém-nascidos para a realização da triagem neonatal biológica.

Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo e transversal, com a utilização de dados secundários do serviço de referência em triagem neonatal no Mato Grosso. A pesquisa foi realizada em dez municípios da região Garças-Araguaia, entre 2013 a 2016.

Resultados: foi observado que somente um município alcançou 100% de cobertura dos nascidos vivos, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal. Os demais municípios apresentaram cobertura abaixo da média nacional (76,9%). As falhas identificadas no processo de coleta de sangue durante a triagem neonatal biológica evidenciadas foram amostras inadequadas, amostras diluídas e material insuficiente.

Conclusão: enfatiza-se a necessidade de capacitação adequada por meio de educação permanente, a fim de ampliar o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos com a triagem neonatal biológica. Assim, a intervenção e a identificação precoce de doenças, diminuindo os riscos de sequelas, e garantindo a melhoria na qualidade de vida do bebê e na assistência prestada à população.

Descritores: Doenças genéticas; Saúde da criança; Recém-nascidos

ANALYSIS OF THE BIOLOGICAL NEONATAL SCREENING PROCESS IN STATE OF MATO GROSSO

Objective: To analyze the efficacy in the process of blood collection and processing of newborns for biological neonatal screening.

Methods: A retrospective, descriptive and cross-sectional study using secondary data from the Mato Grosso neonatal screening reference service. The survey was conducted in ten municipalities of the Garças-Araguaia region between 2013 and 2016.

Results: It was observed that only one municipality achieved the full coverage of live births, as recommended by the National Program of Neonatal Screening. The other municipalities had a coverage below the national average (76.9%). The failures identified in the blood collection process during biological neonatal screening were inadequate samples, such as diluted samples and insufficient material.

Conclusion: The need for adequate capacity-building through continuing education is emphasized in order to expand the technical-scientific knowledge of the health professionals involved in biological neonatal screening. The intervention and early identification of diseases is also emphasized, reducing the risk of sequelae, and ensuring the improvement in the baby's quality of life and care provided to the population.

Descriptors: Genetic diseases; Child health; Newborns

ANÁLISIS DEL PROCESO DE CRIBADO BIOLÓGICO NEONATAL EN EL ESTADO DEL MATO GROSSO

Objetivo: Analizar la eficacia en el proceso de recolección y procesamiento de sangre de recién nacidos para el cribado biológico neonatal.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en el que se utilizan datos secundarios del Servicio de referencia de cribado neonatal de Mato Grosso. La investigación se realizó en diez municipios de la región de Garças-Araguaia entre 2013 y 2016.

Resultados: se observó que solo un municipio logró el 100% de cobertura de nacimientos vivos recomendado por el Programa Nacional de Cribado Neonatal. Los otros municipios tuvieron cobertura por debajo del promedio nacional (76,9%). Las fallas identificadas en el proceso de recolección de sangre durante el cribado biológico neonatal fueron muestras inadecuadas, como muestras diluidas y material insuficiente.

Conclusión: se enfatiza la necesidad de una capacitación adecuada y el desarrollo de capacidades a través de la educación continua para ampliar el conocimiento técnico-científico de los profesionales de la salud involucrados en el cribado biológico neonatal. Por lo tanto, la intervención y la identificación temprana de enfermedades reducen el riesgo de secuelas y aseguran una mejora en la calidad de vida del bebé y en la atención brindada a la población.

Descriptoros: Enfermedades genéticas; Salud infantil; Recién nacidos

¹Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Florianópolis, RS, Brasil.

Autor correspondente: Fernando Riegel | Email: fernandoriegel85@gmail.com

Recebido: 03/04/2020 - Aceito: 17/12/2020

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), implantado no Brasil pela Portaria do Ministério da Saúde GM/MS No. 822, de 6 de junho de 2001, agrega um conjunto de exames laboratoriais preventivos que tem por finalidade detectar patologias em recém-nascidos com idade de zero a trinta dias de vida. Quando essas doenças são diagnosticadas precocemente, diminuem-se os riscos de sequelas e por isso recomenda-se que a Triagem Neonatal Biológica (TNB) seja realizada na primeira semana de vida do bebê, após as primeiras alimentações proteicas. Esse exame é popularmente conhecido como “teste do pezinho”, pois a coleta do sangue é feita a partir de uma punção no calcanhar do bebê, ou através de coleta do sangue venoso periférico^{1,2}.

Além da TNB, existem outros testes que fazem parte do programa, são eles: triagem ocular, triagem auditiva e a oximetria de pulso³. A Lei No. 8.069/1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente, determinou que todo estabelecimento que oferece atenção à gestante deve também ofertar exames de TNB, visando o diagnóstico e o tratamento de alterações no metabolismo dos recém-nascidos (RN), orientando os pais sobre todos os procedimentos e testes⁴⁻¹⁰.

Um programa adequado de rastreamento neonatal deve cumprir algumas metas, tais como: ampla cobertura populacional chegando aos 100% dos RN vivos, baixa percentagem de reconvocações ou falso-positivos e, finalmente, a possibilidade de iniciar precocemente o tratamento e o seguimento adequado; melhorando o prognóstico das crianças e, em algumas situações, impedindo o surgimento de sequelas neurológicas, como nos casos de fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e da deficiência de biotinidase. A detecção precoce dessas doenças é de importante para a saúde brasileira, na medida que racionaliza os gastos com serviços de alta complexidade. Deste modo, entende-se que o PNTN configura-se numa política pública de saúde voltada à consolidação de uma sociedade saudável, valorizada em seus direitos e cidadania^{11,12}.

A TNB, preconizada pelo PNTN está estruturada em quatro fases de implantação, de acordo com a doença a ser diagnosticada: Fase I - fenilcetonúria (PKU), hipotireoidismo congênito (HC); Fase II - PKU, HC e hemoglobinopatias (Hb); Fase III - PKU, HC, Hb e fibrose cística (FC) e Fase IV - PKU, HC, Hb, FC, hiperplasia adrenal congênita (HAC) e deficiência da biotinidase (DB), implantada em 2012^{3,13-16}.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2015, o Brasil obteve cobertura de 83,57% de realização dos exames de triagem neonatal. É notório que as regiões mais desenvolvidas do país, como Sul e Sudeste, têm coberturas e tempo de coleta mais adequados. Nas publicações sobre o período ideal para coleta do teste

no Brasil, é possível observar que os estados onde a cobertura fica distante da meta, as coletas são feitas tardiamente (Ceará, Paraíba, Bahia, Sergipe, Rio Grande do Sul e Espírito Santo). Observa-se o contrário nos estados com cobertura adequada, como Minas Gerais, Santa Catarina e Paraná¹⁵.

A TNB é dificultada por inúmeros fatores, alguns deles são: a falta de implantação de postos de coleta em relação à cobertura populacional e falha na orientação durante o pré-natal por parte dos profissionais de saúde, principalmente, sobre a faixa etária que deve ser realizado o teste. Como consequência, as gestantes não compreendem a importância da realização do teste¹⁷.

Em relação à população indígena, o acesso à TNB está amparado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria GM/MS No. 254 de 2002). As ações do PNTN, neste caso, são articuladas com o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos estados, Municípios, Distrito Federal e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A equipe de enfermagem de maternidades, casas de parto, Casas de Saúde do Índio (CASAI) e as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), ficam encarregadas de orientar e alertar os pais sobre a necessidade da realização dos testes no ponto de coleta da Atenção Básica adstrito à sua residência quando a coleta não for realizada naquele local¹⁸. Também, é possível observar entraves em relação aos traços culturais da população no que se refere à resistência desses povos para a realização dos exames e que consideram irrelevante a TNB. Essa resistência deve-se também às falhas de comunicação entre etnias ou por conta de preconceitos¹⁸.

Para que o processo de coleta dos exames da TNB seja considerado de qualidade é necessário que haja 100% de cobertura dos nascidos vivos, prevalência nula de crianças com sequelas e famílias conscientes para o cuidado com o filho portador, incidência nula de reconvocação do exame em decorrência de coleta inadequada. Apesar da técnica de coleta do exame estar descrita nos manuais e os profissionais receberem capacitações sobre o assunto, observam-se algumas falhas procedimentais referentes à coleta, são elas: hemólise; insuficiência ou excesso de sangue; ressecamento; quantidade insuficiente de sangue para o exame pela falta de colaboração dos pais; envelhecimento das amostras e armazenamento de forma errônea que geram resultados alterados e insatisfatórios¹⁶.

Além de problemas já mencionados, falhas relacionadas ao registro de pacientes também têm sido observadas. Ao pesquisar a incidência de hipotireoidismo congênito em Goiânia (GO), de 2006 a 2008, relataram que 38% dos registros nos livros da TNB encontram-se incompletos,

apontando a necessidade de investir na capacitação e educação continuada dos profissionais responsáveis¹⁹.

Em uma pesquisa sobre a evolução do programa de TNB em um hospital de referência do estado do Ceará, entre 2002 e 2012, os resultados demonstraram que aproximadamente a metade dos resultados não estava devidamente registrada no prontuário clínico dos pacientes. Assim, esta falha no registro dos dados pode fazer com que os gestores municipais e hospitalares não acessem o conhecimento sobre o número de casos diagnosticados na região, acarretando, conseqüentemente, falha nas estratégias de tratamento²⁰.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a eficácia no processo de coleta e processamento de sangue dos recém-nascidos, para a realização da triagem neonatal biológica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e transversal, com a utilização de dados secundários do único Serviço de Referência de Triagem Neonatal (SRTN) do Mato Grosso (MT), com sede no Hospital Universitário Júlio Müller, da Universidade Federal de Mato Grosso (HUJM/UFMT), localizado em Cuiabá.

O SRTN do Mato Grosso foi implantado em 2003 e atende a todo o estado do Mato Grosso. Já a microrregião Garças-Araguaia, foco desse estudo, está situada na região leste do MT, abrange dez municípios: Barra do Garças, Pontal do Araguaia, Nova Xavantina, Araguaiana, General Carneiro, Torixoréu, Campinápolis, Novo São Joaquim, Ribeirãozinho e Ponte Branca. Em 2014, a população residente nesta região era de 120.884 habitantes²¹.

O SRTN tem evoluído na implantação de novas doenças detectáveis, alcançando, no ano de 2014, a fase IV, na qual se encontra até o momento¹⁶.

A população incluída no estudo foi composta por todos os NV no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2016, e que realizaram a TNB na rede pública da microrregião Garças-Araguaia (MT) com registro no SRTN. Foram excluídas as crianças nascidas em demais regiões do estado do MT e aquelas que, apesar de nascidas na região Garças-Araguaia, realizaram a TNB somente no setor privado de saúde.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a abril de 2019. Foram coletadas informações referentes à data de notificação na cidade de Cuiabá. Essas informações foram registradas em planilha eletrônica, no programa Microsoft Office Excel® 2017.

Para o cálculo de cobertura da TNB nesta região, entendida como proporção da população-alvo que realizou teste, foi utilizado como numerador o quantitativo de recém-nascidos (RN) testados (triagem neonatal biológica) em cada ano (entre 2013 a 2016); e como denominador, os dados oficiais

do Ministério da Saúde (DATASUS), disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), por Residência da Mãe. Os dados foram descritos por meio de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas.

Os dados foram obtidos após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUJM/UFMT, sob CAEE No. 2.230.081. Este estudo é resultante do projeto de pesquisa "Panorama da triagem neonatal na microrregião Garças-Araguaia, Mato Grosso, Brasil", cadastrado no sistema de pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) sob registro No. 340/2018. O estudo respeitou a legislação vigente no país.

RESULTADOS

O SRTN do Mato Grosso realizou, no período de 2013 a 2016, um total de 4057 testes de TNB, de pacientes residentes na região de saúde Garças-Araguaia.

A tabela 1, descreve o número dos nascidos vivos (NV) ocorridos e residentes, NV triados e cobertura (%) da Triagem Neonatal Biológica (TNB) nos dez municípios da região de saúde Garças-Araguaia, no período de 2013 a 2016.

Tabela 1. Cobertura da triagem neonatal biológica

| Município | NV (n) | NV triados (n) | Cobertura TNB (%) |
|--------------------|--------|----------------|-------------------|
| Araguaiana | 151 | 94 | 62 |
| Barra do Garças | 4057 | 1739 | 45 |
| Campinápolis | 1420 | 709 | 50 |
| General Carneiro | 426 | 121 | 28 |
| Nova Xavantina | 1171 | 792 | 68 |
| Novo São Joaquim | 364 | 233 | 64 |
| Pontal do Araguaia | 298 | 134 | 45 |
| Ponte Branca | 60 | 60 | 100 |
| Ribeirãozinho | 132 | 88 | 67 |
| Torixoréu | 165 | 87 | 53 |
| Total | 8244 | 4057 | 49 |

A maior cobertura verificada foi do município de Ponte Branca com (100%), enquanto a menor cobertura foi em General Carneiro com (28%).

Na tabela 2, são apresentadas as principais falhas no processo de coleta e processamento de amostra biológica dos RN durante a TNB, considerando os dez municípios da região de saúde Garças-Araguaia, nos períodos de 2013 a 2016.

Na tabela 3 é mostrada a percentagem de exames que apresentaram tempo de retenção excessivo, ou seja, acima do prazo estipulado que é de sete dias, a partir da data da

Tabela 2. Ocorrência do número de falhas (n) no processo de coleta e processamento de amostra biológica

| Municípios | Papel-filtro vencido | Amostras inadequadas (n) | | |
|--------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| | | Amostra diluída | Material insuficiente | Não eluição de amostra |
| Araguaiana | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Barra do Garças | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Campinápolis | 4 | 25 | 49 | 0 |
| General Carneiro | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Nova Xavantina | 0 | 5 | 30 | 0 |
| Novo São Joaquim | 3 | 0 | 26 | 0 |
| Pontal do Araguaia | 0 | 1 | 0 | 15 |
| Ponte Branca | 3 | 6 | 0 | 0 |
| Ribeirãozinho | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Torixoréu | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 11 | 38 | 108 | 15 |

Tabela 3. Ocorrência de exames de TNB (%) com tempo de retenção do material excessivo entre a coleta e o envio ao serviço de referência de triagem neonatal

| Município | Exames com retenção excessiva n(%) | Dias de retenção do material |
|--------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Araguaiana | 98(89,09) | 17 |
| Barra do Garças | 509(27,69) | 11 |
| Campinápolis | 332(42,4) | 11 |
| General Carneiro | 4(2,9) | 11 |
| Nova Xavantina | 150(16,99) | 10 |
| Novo São Joaquim | 18(7,14) | 12 |
| Pontal do Araguaia | 12(7,36) | 12 |
| Ponte Branca | 19(29,23) | 15 |
| Ribeirãozinho | 14(13,33) | 9 |
| Torixoréu | 21(22,58) | 10 |

coleta até o envio ao SRTN, em cada município estudado. Observa-se que todos os municípios da região de saúde Garças-Araguaia ultrapassaram o prazo ideal entre a coleta de material biológico e o envio ao SRTN.

O município de Araguaiana apresentou a maior ocorrência de exames retidos, além do prazo ideal de (89%), e também o maior tempo de retenção dos exames (17 dias). Já o município de General Carneiro demonstrou a menor percentagem de amostras enviadas com atraso (2,9%).

DISCUSSÃO

A TNB é composta por várias etapas, que culminam na proposta de tratamento precoce e prevenção de sequelas. A conscientização da importância do teste e da necessidade de realizar cada etapa em tempo hábil é o primeiro passo para um atendimento eficaz⁴. O estudo mostrou que a maioria dos municípios da região Garças-Araguaia apresentou baixas coberturas da TNB, e que apenas o município de Ponte Branca (MT), encontra-se na meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, e contempla 100% de cobertura dos NV. Um dos fatores que justifica os resultados de cobertura parcial do TNB é a realização do exame por laboratórios particulares, cujos dados não são contabilizados nos registros oficiais do estado²⁰.

Além disso, como o teste do pezinho deve ser realizado entre o terceiro e quinto dia de vida do RN, é possível que ocorra o nascimento em Barra do Garças, mas a testagem seja realizada na cidade de origem da mãe, o que pode explicar uma cobertura menor do que o esperado, pois foi considerado o número de NV com mães residentes no município, para o cálculo da cobertura da TNB.

Observou-se que a maioria dos municípios da região Garças-Araguaia apresentou baixas coberturas da TNB, e que apenas o município de Ponte Branca (MT), encontra-se na meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, e contempla 100% de cobertura dos NV. Um dos fatores que justifica os resultados de cobertura parcial do TNB é a realização do exame por laboratórios particulares, cujos dados não são contabilizados nos registros oficiais do estado²⁰.

Segundo o Ministério da Saúde, o percentual de cobertura do Brasil tem aumentado ao longo dos anos. Em 2004, obteve-se cobertura de 74,98%; em 2011, de 81,43% e o dado mais recente, de 2017, foi de 85,80%²². Em comparação com a média nacional e com alguns estados brasileiros em períodos não coincidentes, o percentual de cobertura dos municípios da região de saúde Garças-Araguaia pode ser considerado relativamente baixo. Nos estados do Paraná e Santa Catarina, por exemplo, foram relatadas coberturas da TNB de 98,4% e 87,3%^{14,20}. Já no estado da Bahia, no período de 2007-2009, a cobertura foi de 90,8%²³, enquanto em Tocantins a cobertura da TNB foi de 76,6%²⁴.

No estado do Amapá obteve-se a cobertura mais baixa do Brasil, enquanto a cobertura mais alta foi no estado do Paraná²⁵. Esses resultados refletem claramente as diferenças socioeconômicas, políticas, culturais e de saúde de cada região. Além disso, no mesmo estudo nota-se que a TNB do estado do MT apresentou somente 68,36% de cobertura em 2016. Isso significa que os valores obtidos da cobertura da TNB na microrregião Garças-Araguaia corroboram com os resultados apresentados na literatura.

O estado de MT apresenta dificuldades relacionadas ao acesso à saúde, o que reforça a evidência de baixa cobertura da TNB, avultando a falta de compromisso dos gestores municipais; falta de informação das mães sobre as doenças triadas, provavelmente devido à falta de informação acerca do PNTN; e a ineficiência de recursos para projetos de investimento em construções e reformas de centros de saúde, reagentes e equipamentos para laboratório. Somado a estes fatores, tem-se a ocorrência de exames realizados na rede privada e, conforme já mencionado, traços culturais que consideram a TNB irrelevante, como a resistência dos povos indígenas e a dificuldade de acesso dos pais residentes em zonas rurais aos postos de coleta¹⁵.

Foi observado em um estudo realizado em 2011, no Mato Grosso, que apenas 6,1% das mães residentes do município de Cáceres associaram o teste à descoberta de doenças e à realização de tratamento⁴. Segundo os autores, algumas mães disseram conhecer o teste do pezinho, mas não o realizam devido ao procedimento doloroso de coleta. Isso pode ser minimizado com orientações quanto à importância das doenças triadas, da necessidade de realização precoce e da prevenção de agravos, bem como empregando-se técnicas de humanização durante a coleta, como a realização da coleta com o RN em aleitamento materno, com sucção efetiva no peito, para diminuir a dor e proporcionar maior conforto ao RN.

A falta de informação e o desconhecimento das mães sobre o teste também foi notado no estudo de Arduini et al.²⁶, no qual 63% gostariam de receber mais informações, incluindo o período de coleta adequado e as doenças triadas. Apesar de não conhecer o período adequado, 85,9% das participantes levaram seus filhos para a realização do teste entre o 3º e o 7º dia de vida²⁶.

Atualmente, no Brasil, todos os estados brasileiros estão habilitados no PNTN e todas as crianças têm direito à realização da triagem. Em cada um dos estados há, pelo menos, um SRTN e postos de coleta para o teste do pezinho. Entretanto, estudos relataram que a maioria dos pais que procuram o serviço desconhecem o seu objetivo e as patologias que podem ser identificadas, além da possibilidade de prevenir sequelas quando feito o diagnóstico precoce e a realização do tratamento^{2,27}. O mesmo foi observado em estudo realizado no estado do Amapá, onde 60% das mães não conheciam a utilidade do teste ou somente haviam ouvido falar, mas sabiam descrever sua finalidade²⁷.

Os dados apresentados sugerem a necessidade de melhoria no SRTN, principalmente em relação à atenção à saúde dos RN, com prioridade a capacitação técnica dos profissionais de saúde que atuam na realização dos

exames. Esses profissionais devem orientar os familiares sobre a importância da realização da triagem, ampliando a cobertura de crianças triadas e a meta do programa de TNB seja alcançada. Também, é necessário que haja maior investimento em medidas que facilitem o acesso da população ao teste, para que as coberturas se tornem efetivamente universais^{11,17}.

O enfermeiro tem papel importante na implementação do PNTN, visto que contribui para a promoção, prevenção e manutenção da saúde, além de acompanhar a gestante desde o pré-natal até o final do período puerperal, realizando uma educação para a saúde ao longo do tempo. Diante disso, o enfermeiro apresenta maior habilidade para educar as mães e transmiti-las informações corretas sobre os exames do PNTN, especialmente sobre o exame de TNB, proporcionando a compreensão da importância e das consequências de não diagnosticar as doenças triadas precocemente, ampliando a adesão à realização do teste do pezinho²⁷⁻²⁹.

Observa-se que as principais falhas no processo de coleta e processamento de amostras biológicas durante a TNB estão relacionadas à falta de padronização, como, por exemplo, as amostras consideradas diluídas e com material insuficiente. As amostras diluídas são aquelas que tiveram contato com algum tipo de líquido estranho como água, álcool ou líquido tecidual. E as amostras com material insuficiente são aquelas em que as áreas dos círculos não são preenchidas totalmente, ou que ocorre a absorção incompleta de sangue, sem atravessar o papel-filtro¹³. Também houve casos em que as amostras de sangue não aluíram (o sangue não passou pelo papel-filtro) e de papel-filtro com o prazo de validade vencido.

No município de Barra do Garças foi observado um caso de amostra com fungo, que pode ocorrer devido ao acondicionamento antes da secagem completa da amostra, em ambiente úmido, resultando na proliferação dos fungos¹⁸.

Esses dados revelam a necessidade de capacitação e qualificação dos profissionais para a realização da TNB na região de saúde Garças-Araguaia. A eficácia da triagem depende, em grande parte, da qualidade da coleta das amostras de sangue. Portanto, é necessário que os profissionais responsáveis estejam capacitados para orientarem os pais e realizarem a coleta de forma correta e em tempo hábil, para que se obtenha sucesso na TNB e assim, atinja os objetivos propostos do PNTN²⁸⁻³⁰.

A demora no processamento dos exames pode ser justificada pela prática de retenção das amostras colhidas, ou seja, são acumuladas amostras coletadas em vários dias para posterior envio ao SRTN. Evidenciou-se dificuldades no transporte, considerando as grandes distâncias a serem

percorridas, devido à localização geográfica dos municípios do interior do estado¹⁵.

As limitações do estudo estão relacionadas à metodologia transversal e descritiva, baseando-se em dados utilizados, a partir do banco de dados da realização da TNB, no serviço de referência, uma vez que alguns dados podem ser registrados de maneira inadequada ou incompleta, e algumas informações podem ter sido perdidas. Além disso, o conhecimento acerca da TNB foi relacionado ao levantamento dos testes realizadas em uma região de saúde do estado do MT, na população usuária do sistema público de saúde; assim, sugere-se novos estudos desta natureza, em outras regiões do país.

Com base na análise das dificuldades evidenciadas na realização da TNB, o presente estudo contribui no sentido de fortalecer o aprimoramento do conhecimento dos enfermeiros e profissionais de saúde que atuam no âmbito da realização da triagem, especialmente nas orientações fornecidas nas consultas de pré-natal e puerpério. A partir da caracterização dos procedimentos de coleta e processamento de sangue dos recém-nascidos, para a realização do teste do pezinho, na região centro-oeste brasileira, será possível qualificar as práticas assistenciais de enfermagem em nível local e regional.

CONCLUSÃO

No período de 2013 a 2016, a população da região Garças-Araguaia não atingiu o percentual de cobertura recomendado pelo Ministério da Saúde para a TNB, pelo PNTN, ou seja, 100%. As principais falhas no processo de coleta de material biológico durante a TNB foram as amostras diluídas e com material insuficiente no papel-filtro,

para posterior envio ao laboratório. Os dez municípios da região de saúde Garças-Araguaia ultrapassaram o prazo ideal entre a coleta de material biológico e o envio ao SRTN, variando de nove a 17 dias. Evidenciou-se a importância de incentivar os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, no que se refere ao aprimoramento e aquisição de novos conhecimentos nesta área através de programas de educação permanente e continuada em serviço, com intuito de diminuir as falhas que possam ocorrer no processo da TNB. Esse estudo evidenciou a necessidade de maior atenção pelos governantes e gestores da saúde para investimentos em todos os aspectos que envolvam a rede habilitada para realização dos quatro testes de triagem preconizados pelo PNTN.

Contribuição dos autores:

Kaynara Borges de Oliveira: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Débora Oliveira de Jesus: b) coleta, análise e interpretação dos dados; Maria Fernanda Spegiorin Salla Brune: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Fernando Riegel: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Alessandra Vaccari: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Maximilian Wilhelm Brune: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Lacerda GS, Costa FS, Dantas DS, Costa ER, Resque RL, Nascimento AA, et al. Triagem neonatal: o panorama atual no estado do Amapá. *Rev Visa Debate*. 2017;5(2):89-96.
- Abreu IS, Braguini WL. Triagem neonatal: o conhecimento materno em uma maternidade no interior do Paraná, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):596-601.
- Ministério da Saúde. Portaria No. 2.829, de 14 de dezembro de 2012. Inclui a Fase IV no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), instituído pela Portaria No. 822/GM/MS, de 6 de junho de 2001 [Internet]. 2012 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2829_14_12_2012.html
- Santos EC, Gaiva MA, Santos JG, Abud SM. O conhecimento de puérperas sobre a triagem neonatal. *Cogitare Enferm*. 2011;16(2):282-8.
- Aguiar AS, Ximenes LB, Lúcio IM, Pagliuca LM, Cardoso MV. Association of the red reflex in newborns with neonatal variables. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(2):309-16.
- Dias WC, Paschoal MR, Cavalcanti HG. Análise da cobertura da triagem auditiva neonatal no Nordeste brasileiro. *Audiol Commun Res*. 2017;22:e1858.
- Carvalho BM, Tavares WR, Vicente JB, Sanguino GZ, Leite AM, Furtado MC. Early access to biological neonatal screening: coordination among child care action programs. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;29:e3266.
- Medeiros AL, Freitas TB, Araújo JS, Mattos SS. Oximetria de pulso em triagem de cardiopatias congênitas: conhecimento e atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):605-11.
- Aguiar CB, Jesus LC, Alves DM, Araújo AJ, Araújo IS, Oliveira GR, et al. Teste do coraçãozinho: importância da oximetria de pulso em neonatos para detecção precoce de cardiopatias. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2018;12(1):1349-57.
- Martinelli RL, Marchesan IO, Berretin-Felix G. Estudo longitudinal das características anatômicas do frênulo lingual comparado com afirmações da literatura. *Rev CEFAC*. 2014;16(4):1202-7.
- Oliveira EF, Souza AP. A importância da realização precoce do teste do pezinho: o papel do enfermeiro na orientação da triagem neonatal. *Id On Line Rev Multidiscip Psicol*. 2017;11(35):361-78.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e

- Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Ampliação do uso do teste do pezinho para a detecção da toxoplasmose congênita [Internet]. Brasília (DF): Conitec; 2020 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio_Testes_Pezinho_Deteccao_Toxoplasmose_Congenita_516_2020_FINAL.pdf
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2019 Jun 2]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf
14. Nunes AK, Wachholz RG, Rover MR, Souza LC. Prevalência de patologias detectadas pela triagem neonatal em Santa Catarina. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013;57(5):360-7.
15. Stranieri I, Takano OA. Avaliação do Serviço de Referência em Triagem Neonatal para hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria no Estado de Mato Grosso, Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009;53(4):446-52.
16. Batisti AC, Borges AP, Lucietto GC, Hattori TY, Nascimento VF, Cabral JF. Conhecimento do enfermeiro sobre a importância e operacionalização do Programa Nacional de Triagem Neonatal. *Rev Enferm UFSM.* 2018;8(2):288-303.
17. Furtado MC, Nascimento LC, Bernardes A. Acesso seguro e precoce à triagem neonatal biológica: direito do recém-nascido [Internet]. *BlogRev@ Enf.* 2020 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: <https://blog.revenf.org/2020/08/07/acesso-seguro-e-precoce-a-triagem-neonatal-biologica-direito-do-recem-nascido/>
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
19. Fulanetti KG, Leite J, Cesar M, Vilela MS, Santana RR, Bernardes MJ. Incidência de hipotireoidismo congênito identificados no teste do pezinho e seu impacto no processo de educação em saúde. *Itiner Reflect.* 2017;13(1):1-17.
20. Carvalho MD, Pelloso SM, Higarashi IH, Luz GS. Cobertura do Programa de Triagem Neonatal em Maringá (PR), 2001 a 2006. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(1):89-93.
21. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Resolução CIB/MT No. 57, de 26 de julho de 2018. Dispõe sobre as diretrizes e o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e estabelece a conformação das dezesseis regiões de saúde no Estado de Mato Grosso em seis macrorregiões. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso.* 2018 Dez 18;(27404):68.
22. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Triagem Neonatal: indicadores da Triagem Neonatal no Brasil [Internet]. 2017 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-da-triagem-neonatal>
23. Amorim T, Boa-Sorte N, Leite ME, Acosta AX. Aspectos clínicos e demográficos da fenilcetonúria no Estado da Bahia. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(4):612-7.
24. Mendes LC, Santos TT, Bringel FA. Evolução do programa de triagem neonatal no Estado do Tocantins. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013;57(2):112-9.
25. Kraemer GC. Avaliação dos casos com resultado positivo na triagem neonatal para hiperplasia adrenal congênita no Paraná [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.
26. Arduini GA, Balarin MA, Silva-Grecco RL, Marqui AB. Conhecimento das puérperas sobre o teste do pezinho. *Rev Paul Pediatr.* 2017;35(2):151-7.
27. Silva CA, Baldim LB, Nhoncane GC, Estevão IF, Melo DG. Triagem neonatal de hemoglobinopatias no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: análise de uma série de casos. *Rev Paul Pediatr.* 2015;33(1):19-27.
28. Strefling IS, Monfrim XM, Lunardi Filho WD, Carvalho KK, Azevedo AL. Conhecimento sobre triagem neonatal e sua operacionalização. *Cogitare Enferm.* 2014;19(1):27-33.
29. Reis EF, Partelli AN. [Pezinho Test: knowledge and attitude of nursing professionals]. *Braz J Health Res.* 2014;16(1):25-33. Portuguese.
30. Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (NUPAD). Diagnóstico situacional do Programa Nacional de Triagem Neonatal nos estados brasileiros: relatório técnico. Belo Horizonte: NUPAD; 2013.

ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE DO TRABALHADORE A ATENÇÃO BÁSICA

Alany Bezerra da Rocha Alves¹

Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda²

Cesar Cartaxo Cavalcanti²

Daiana Beatriz de Lira e Silva²

Betânia Maria Pereira dos Santos²

Dereck Sena de Lima²

Dayane Beserra Costa Felício³

<https://orcid.org/0000-0001-7614-7285>

<https://orcid.org/0000-0003-2325-4647>

<https://orcid.org/0000-0002-4896-260X>

<https://orcid.org/0000-0003-1129-2662>

<https://orcid.org/0000-0001-6985-2306>

<https://orcid.org/0000-0001-9044-0963>

<https://orcid.org/0000-0002-9342-6806>

Objetivo: Analisar o processo de articulação entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e a Unidade Básica de Saúde.

Métodos: Estudo exploratório, descritivo e observacional, com abordagem qualitativa utilizando a técnica de Análise de Discurso proposta de Fiorin, tendo como cenários da pesquisa o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, de João Pessoa e a Unidade Básica de Saúde Integrando Vidas.

Resultados: Os usuários utilizam a Atenção Básica à Saúde como porta de entrada no sistema de saúde, porém, a maioria significativa dos profissionais participantes da pesquisa, apenas debelam os sintomas e não intervêm na origem dos problemas.

Conclusão: Foi revelada uma desarticulação preocupante entre a Atenção Básica à Saúde e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e elencadas algumas propostas de intervenção no processo de trabalho visando a superação deste problema.

Descritores: Sistema único de saúde; Rede de atenção à saúde; Saúde do trabalhador; Atenção básica de saúde; Enfermagem do trabalho

ANALYSIS OF THE JOINT BETWEEN WORKER HEALTH AND BASIC CARE

Objective: To analyze the process of articulation between the Reference Center for Occupational Health and the Basic Health Unit.

Methods: Exploratory, descriptive and observational study, with a qualitative approach using the Discourse Analysis technique proposed by Fiorin, using the scenarios of researches the Reference Center in Occupational Health, João Pessoa and the Basic Health Unit Integrating Lives.

Results: Users use Primary Health Care as a gateway to the health system, however, the significant majority of professionals participating in the research, only resolve the symptoms and do not intervene in the origin of the problems.

Conclusion: A worrying disarticulation between Primary Health Care and the Reference Center for Occupational Health was revealed and some intervention proposals were listed in the work process aimed at overcoming this problem.

Keywords: Unified health system; Health care network; Worker's health; Primary health care; Nursing work

ANÁLISIS DE LA CONJUNCIÓN ENTRE LA SALUD DEL TRABAJADOR Y LA ATENCIÓN BÁSICA

Objetivo: Analizar el proceso de articulación entre el Centro de Referencia en Salud Ocupacional y la Unidad Básica de Salud.

Métodos: Estudio exploratorio, descriptivo y observacional, con abordaje cualitativo utilizando la técnica de Análisis del Discurso propuesta por Fiorin, utilizando los escenarios de las investigaciones del Centro de Referencia en Salud Ocupacional, João Pessoa y la Unidad Básica de Salud Integrando Vidas.

Resultados: Los usuarios utilizan la Atención Primaria de Salud como puerta de entrada al sistema de salud, sin embargo, la gran mayoría de los profesionales que participan en la investigación, solo resuelven los síntomas y no intervienen en el origen de los problemas.

Conclusión: se reveló una preocupante desarticulación entre la Atención Primaria de Salud y el Centro de Referencia en Salud Ocupacional y se enumeraron algunas propuestas de intervención en el proceso de trabajo encaminadas a superar esta problemática.

Descriptorios: Sistema único de salud; Red de atención médica; Salud del trabajador; Primeros auxilios; Trabajo de enfermería

¹Prefeitura da Cidade do Recife, Recife, PE, Brasil.

²Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

³Universidade Federal do Acre, Rio Branco, AC, Brasil.

Autor correspondente: Daiana Beatriz de Lira e Silva | Email: daiana_beatriz@hotmail.com

Recebido: 10/6/2020 - Aceito: 21/12/2020

INTRODUÇÃO

A Portaria de Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão, buscando aperfeiçoar o funcionamento político institucional do sistema, assegurando ao usuário, o conjunto de ações e serviços, baseado em princípios como a integralidade, equidade e universalidade¹.

Dentre as RAS a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) estabelecida mediante a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) publicada em 2012, veio reafirmar a importância do cuidado com a saúde do trabalhador com enfoque na Atenção Básica à Saúde (ABS), que possui o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, ganhando destaque ao conseguir por meio de sua capilaridade inserir-se em um contexto de transformações econômicas como, além de compreender os processos produtivos do território sanitário e as condições dos trabalhadores e sua situação no mercado de trabalho, a exemplo da informalidade e a precarização do trabalho². A adoção dessa PNSTT possibilitou o rompimento da invisibilidade das condições de saúde e trabalho, abrindo questionamentos e perspectivas para promoção, proteção e recuperação à Saúde do Trabalhador³.

Na estruturação da PNSTT foram construídas estratégias para promoção da atenção integral à saúde do trabalhador. Estas estratégias relacionam a Atenção Primária à Saúde (APS) a estruturação da RENAST, podendo-se destacar, a articulação entre ela e a Vigilância à Saúde do Trabalhador (VISAT), com a capacitação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, assim como a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores para o desenvolvimento das ações⁴.

Em relação a população trabalhadora, as famílias e grupos sociais constituem o objeto de trabalho da PNSTT, em que todo o processo de saúde-doença-trabalho é compreendido como um conjunto de atos coordenados e desenvolvidos pelos trabalhadores e os saberes e métodos, retratam os instrumentos que resultam na atenção à saúde. A tênue articulação entre os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a ABS foi fortalecida com a adoção de metodologias e ferramentas de apoio técnico e matricial às equipes da ESF, qualificando a Atenção à Saúde do Trabalhador⁵.

Diante do exposto e, considerando a necessidade de ampliar, cada vez mais, a articulação entre a ABS e a

Saúde do Trabalhador no âmbito da RAS. O problema que se apresenta para esta investigação é a fragmentação da atenção relacionada ao adoecimento dos trabalhadores às causas advindas de seus respectivos processos de trabalho, dito de outra forma, frequentemente, os profissionais da saúde, inseridos na APS, não relacionam o adoecimento do usuário com os problemas advindos da relação trabalho-saúde-doença.

O presente estudo tem como objetivo analisar o processo de articulação entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e a Unidade Básica de Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e observacional, com abordagem qualitativa. A natureza exploratória caracteriza-se por coletar descrições detalhadas de variáveis a partir dos dados selecionados com fins de avaliar as condições e práticas existentes e a posteriori, sugerir planos para melhorar a atuação profissional na atenção à saúde do trabalhador⁶.

Os cenários desta pesquisa foram o CEREST, localizado no Município de João Pessoa/PB e a UBS Integrando Vidas composta por quatro equipes da ESF.

Considerando o quantitativo de profissionais pertencentes às categorias elencadas para a coleta de informações nos cenários de estudo, priorizou-se que este procedimento fosse realizado com toda a população do cenário da pesquisa. Dessa forma, trabalhou-se com sete profissionais da UBS, sendo quatro enfermeiros e três médicos, além de um médico do CEREST, o único profissional que concordou em participar da pesquisa.

Quanto aos usuários do sistema, obteve-se uma amostra composta por 10 participantes, com os quais, procedeu-se um fechamento amostral por saturação, entendido como a não inclusão de novos sujeitos e o acréscimo de novas informações deixam de ser necessárias, pois, não interferem nas informações coletadas⁷.

Utilizou-se como critérios de inclusão dos profissionais da saúde, o pertencimento a *staff* da instituição, como médico e/ou enfermeiro. Enquanto, o critério de inclusão dos usuários foi estar sendo acompanhado pelos serviços prestados pela UBS durante a coleta dos dados, bem como, aceitar participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam de férias, licença ou não aceitaram participar da pesquisa.

As informações foram coletadas durante o período de julho e setembro de 2018. Para a coleta das informações foi utilizado um questionário.

Para a análise dos resultados qualitativos utilizou-se a Técnica de Análise do Discurso na vertente proposta por José Luís Fiorin. A análise do discurso constitui uma técnica de análise de dados indicada nas pesquisas qualitativas ao possibilitar o relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis como argumento, ou como meios que conduzem a um fazer crer relacionado à totalidade no contexto sócio histórico, já que concebe que os indivíduos em sua fala não expressam o que realmente querem, mas o que a realidade impõe ao seu discurso⁸.

Esta pesquisa levou-se em consideração os aspectos éticos emanados pela Resolução Nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹. A coleta das informações se deu após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), sob o Parecer No. 2.994.894

Os participantes foram identificados na pesquisa pela letra "P" seguida de um algarismo arábico (P1, P2..., P18), conforme a realização das entrevistas, com o intuito de garantir o sigilo e o anonimato dos participantes.

RESULTADOS

As informações relativas à clientela usuária da UBS pesquisada, evidenciou que, todos utilizavam a ABS como porta de entrada no sistema de saúde. Em sua maioria, com queixas de fácil resolução, havendo, também, repetitivos problemas mais complexos, que requeiram encaminhamentos para outros pontos da RAS, sendo 80% relacionados às atividades laborais.

Dentre os profissionais que participaram da pesquisa a maioria respondeu que tenta intervir debelando a doença ou com a utilização de cuidados paliativos, tratando os sintomas e atuando na origem do problema. Também foi revelado que, outros profissionais atuam apenas debelando a doença e tratando paliativamente os sintomas por meio de terapêuticas apropriadas, não conseguindo atuar nas causas de origem dos problemas.

O cruzamento de respostas dos profissionais da UBS com as do CEREST, também revelou que, a maioria dos trabalhadores procurava o serviço com as mesmas queixas, afirmando que, a conduta dos profissionais, restringiam-se ao tratamento dos sintomas sem aprofundamento ou investigação sobre o problema de origem.

Dentre as principais dificuldades encontradas pelos profissionais da ABS para intervir nas causas dos problemas de origem laboral, foi elencada pelos entrevistados, a escassez de processos de educação na saúde. Neste ponto, os profissionais afirmaram que são realizadas poucas

ações e atividades que abordem a saúde do trabalhador, assim como ocorre um déficit em capacitações/educação permanente sobre a temática e matriciamento, conforme é possível depreender nos depoimentos de P2 e P3:

Falta de entendimento por parte dos usuários de seus direitos, seriam necessárias mais ações que abordem essa temática(P2).

Escuta qualificada, para realização de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos nos ambientes de trabalho (P3).

Outro ponto destacado foi à dificuldade de acesso pelos usuários-trabalhadores ao serviço, devido à carga horária que diverge do horário de atendimento das unidades:

Dificuldade de acesso por parte da população em idade produtiva em virtude das cargas horárias (P1).

O desconhecimento dos profissionais sobre o fluxo da RAS foi outro ponto observado, conforme relatado nos discursos P5 e P3:

Dificuldade de instituições ou conhecimento delas como referência para a saúde do trabalhador na rede pelo próprio paciente e profissional(P5).

Durante o tempo que atuo na Atenção básica, acredito que existem pouco serviços de referência para a saúde do trabalho(P3).

Entretanto, foi destacado, entre os entrevistados, que uma importante dificuldade enfrentada pelos CEREST, era a falta de ações de intersetorialidade entre os serviços, conforme ficou evidenciado no discurso P8:

A principal dificuldade é a realização da intersetorialidade, esse é o principal conflito, para intervir nas causas e conflitos, para a realização das vigilâncias (P8).

Buscando conhecer a perspectiva dos profissionais da saúde que atuam na ABS e no CEREST, ambos foram questionados sobre quais estratégias poderiam ser adotadas na perspectiva de melhorar e atuar nas causas dos problemas de saúde dos trabalhadores. No rol das estratégias sugeridas, consta a educação na saúde como importante aporte aos profissionais e aos usuários na luta pela melhoria da

assistência ao trabalhador. Os discursos P1 e P2, evidenciam o posicionamento:

A educação aos usuários para eles conhecerem seus direitos, fazer sala de espera, conversar com eles sobre o uso de EPI (P1).

Acredito que precisamos ter mais capacitações, alguma equipe deveria realizar esses matriciamentos nas unidades, para que a gente possa fazer sala de espera, esclarecimento de dúvidas sobre os serviços disponíveis para o trabalhador (P2).

Outra estratégia listada foi a melhor compreensão de como estão dispostos os fluxos e a RENAST, para que ocorra o encaminhamento, mas também a contra referência de modo a garantir a longitudinalidade do cuidado na ABS. Os discursos P1 e P6 evidenciaram esta questão:

Elaborar linhas de cuidado para saúde do trabalhador, com pontos especificados na rede de atenção, elaborando fluxos e divulgando junto aos profissionais da rede (P6).

Como desconheço o fluxo da rede para o trabalhador, como devemos proceder, não faço encaminhamento e acho importante adotar isso como estratégia, e mais importante também é o serviço que vai receber o usuário também informar o que houve (P1).

Além de conhecer a rede pra poder encaminhar, é importante que se tenha a contra referência, muitas vezes como a gente não recebe essa informação, temos que ficar perguntando ao paciente ou a família o que aconteceu, e o correto não é esse (P6).

DISCUSSÃO

Observa-se que condutas focadas na objetividade da prescrição, com vista ao tratamento dos sintomas, sem intermediação para entender suas causas, vão de encontro às ações de prevenção de riscos, agravos e doenças e promoção da saúde, dificultando à adesão as ações de educação na saúde, carregando influências da medicalização e consequentemente do modelo biomédico^{10,11}.

As ações na ABS têm início a partir do acolhimento, propiciando uma escuta qualificada de modo a procurar uma resposta resolutiva para os problemas advindos do sujeito e/ou comunidade. Tal medida visa minorar os sofrimentos e

condutas que poderiam ser evitadas, por meio da responsabilização da equipe de saúde com o cuidado ao usuário, de forma a propiciar a integralidade do cuidado¹².

Para tanto, faz-se necessário que as equipes daESF tenham apoio permanente de equipes especializadas, de modo que, estes serviços, passem a atuar não somente na prerrogativa de acolher e assistir o usuário de forma isolada, mas de modo a integrar a RAS de forma articulada, nos diferentes pontos de atenção com foco na UBS e CEREST, garantindo uma atenção integral e a devolutiva para as equipes envolvidas, compartilhando o cuidado, com uma efetiva comunicação entre profissionais da saúde de uma mesma equipe e de serviços diversos, envolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças relacionadas ao trabalho¹³.

Outro aspecto relevante é o horário de funcionamento das unidades, pois este horário influencia o acesso, no entanto, a adoção da prática do terceiro turno e o atendimento nos finais de semana são estratégias para ampliação dos direitos do trabalhador que se encontra em atividades durante o dia e nos finais de semana¹⁴.

Evidencia-se por meio dos discursos, o desconhecimento sobre o papel do CEREST, que compõem uma das estratégias na efetivação da RENAST, sendo visto, como polo de conhecimento sobre a relação do processo trabalho-saúde-doença. Enquanto função, atua no registro de dados relacionados ao trabalhador, em que são analisados e difundidos através de ações preventivas e curativas¹⁵. Este Centro tem, entre outras responsabilidades, oferecer suporte técnico e científico aos diferentes pontos da RAS, com especial atenção à ABS na investigação e resolubilidade na assistência prestada aos usuários, almejando a melhoria das condições de vida e trabalho¹⁶.

Quanto ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar, este compõem um conjunto de conhecimentos e atribuições específicas, possibilitando que, a ABS expanda seu leque de conhecimentos e escopo de atuação, com vistas a reconhecer *in loco* e intervir, de maneira adequada e com autonomia, nas situações que abarquem a Saúde do Trabalhador, com foco em ações na promoção da saúde, prevenção de agravos e atenção curativa, de modo que os profissionais que atuem na APS sintam-se estimulados e capacitados para investigar e compreender suas demandas diárias, em prol de ambientes e processos produtivos mais seguros¹⁷.

No que se refere ao apoio matricial, objetiva assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada para equipes e profissionais de referência, sugerindo modificações nas relações entre os níveis hierárquicos em

sistemas de saúde; além da retaguarda assistencial, representa uma expansão do cuidado, viabilizando um suporte técnico especializado às equipes de modo a tornar horizontal as relações entre equipes de saúde¹⁸.

Para que ocorra a continuidade da assistência aos usuários do serviço é necessário que nos processos de trabalho estejam incluídos a responsabilização dos trabalhadores na longitudinalidade do cuidado, permitindo conhecer o contexto familiar e social, possibilitando o planejamento de cuidados e intervenções adequadas, desempenhando um importante papel na garantia do cuidado. Portanto, é imprescindível que os diferentes níveis de atenção realizem suas práticas em consonância, processo efetivado através da referência e contra referência entre os pontos de atenção¹⁹.

Fragilidades na comunicação intersetorial configuram importantes lacunas na integração e longitudinalidade do cuidado, refletindo diretamente na resolutividade da ABS²⁰. Dessa forma, a criação de fluxos assistenciais efetivos e resolutivos são essenciais para a formação das Linhas de Cuidado, capazes de elucidar o percurso que deverá ser garantido ao usuário, abarcando as ações a serem realizadas nos pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas²¹.

É possível atrelar a melhoria do atendimento aos usuários e garantir a efetivação da longitudinalidade do cuidado quando a RAS é capaz de conversar entre si, as estratégias de referência e contra referência apesar de ainda fragilizadas são essenciais nesse processo, podendo encontrar nas ações e educação permanente apoio primordial em sua efetivação.

A falta de participação dos profissionais da saúde na composição de trabalhos acadêmicos impede a descoberta de problemas que afetam seus processos de trabalho e a reverberação das informações colhidas por ocasião das pesquisas, estacionando o progresso de seus estatutos científicos.

Os resultados obtidos com esta pesquisa fizeram emergir algumas das dificuldades dos profissionais da saúde no âmbito de seus processos de trabalho e elencaram possíveis estratégias para a melhoria da articulação entre eles no âmbito da RAS.

CONCLUSÃO

Ainda é possível perceber a fragilidade da saúde do trabalhador no âmbito da ABS. Esta fragilidade encontra-se relacionada ao processo saúde-doença-trabalho, e situa-se como importante desafio à Saúde do Trabalhador no âmbito da APS. Em resposta à questão norteadora do estudo, evidenciou-se que os profissionais envolvidos na assistência à saúde do trabalhador, atuam apenas nos sintomas dos problemas trazidos por este gruposo social de modo paliativo.

Dessa forma, muitas vezes os trabalhadores-usuários dos serviços, adoecem ou até mesmo morrem em decorrência de suas atividades laborais, sem que seus reais problemas sejam sequer conhecidos no escopo de práticas e cuidado na APS, entendido como elo entre toda a RAS e capaz de intervir preventivamente neste processo de adoecimento e morte. A adoção de medidas simples e de baixo custo como a implementação de um processo de educação na saúde no âmbito da força de trabalho envolvida neste processo, já traria importantes resultados com benefícios revertidos tanto para os profissionais da saúde, quanto para os usuários do sistema. A partir do estudo foi possível analisar algumas ações/intervenções que podem vir a ser realizadas como forma fortalecer a Saúde do Trabalhador no âmbito da ABS e sua articulação com a RENAST, dentre elas destacamos: a territorialização realizada pelas equipes da ESF, com enfoque nas atividades produtivas da sua população adscrita, de forma a conhecer o perfil epidemiológico da comunidade com foco nas condições de trabalho, atividades produtivas e adoecimento laboral; a garantia de educação permanente em Saúde do Trabalhador, para capacitar os profissionais e, conseqüentemente, disseminar informações aos usuários; promover ações de articulação intersetorial entre o CEREST e a APS, estimulando a referência quando necessária e a contra referência, como forma de garantir a longitudinalidade do cuidado; assim como, a estruturação de linhas de cuidado para a Saúde do Trabalhador a ser divulgada de forma ampla aos profissionais que atuam nas UBS.

Contribuições dos autores:

ABRA: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) Aprovação da versão final a ser publicada. AJCGA, CCC, DBLS: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. BMPS, DSL, DBCF: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

Agradecimentos:

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa – Paraíba, ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e a Unidade de Saúde Integrando Vidas, pela oportunidade de vivências que colaboraram grandemente para nossa formação como profissionais e irão contribuir na perpetuação de conhecimentos e no fortalecimento dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria No. 4.279, de 30 dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União; 2010 [citado 2020 Jul 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
2. Vieira MC, Dias EC, Mattos RC. Contribuição da Atenção Primária para a saúde do trabalhador informal, no domicílio. In: Dias EC, Silva TL, organizadores. Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed; 2013. p. 308-29.
3. Santos RR, Lima EF, Freitas PS, Galavote HS, Rocha EM, Lima RC. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Pesqui Saúde. 2016;18(1):130-9.
4. Ministério da Saúde. Portaria No. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. Diário Oficial da União; 2012 [cited 2020 Jul 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
5. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PM. O processo de trabalho da Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. Saúde Debate. 2016;110(40):64-80.
6. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico. 8a ed. São Paulo: Atlas; 2017.
7. Nascimento LC, Souza TV, Oliveira IC, Moraes JR, Aguiar RC, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. Rev Bras Enferm. 2018;71(1):228-33.
8. Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo: Contexto/Edusp; 2005.
9. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União; 2012 [citado 2020 Jul 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
10. Silva JM, Batista BD, Carmo AP, Gadelha MM, Andrade ME, Fernandes MC. Dificuldades experienciadas pelos agentes comunitários de saúde na realização da educação em saúde. Enferm Foco. 2019;10(3):82-7.
11. Moll MF, Boff NN, Silva PS, Siqueira TV, Ventura CA. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. Enferm Foco. 2019;10(3):134-40.
12. Decreto No. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União; 2011 [citado 2020 Jul 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm
13. Castro CP, Campos GW. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. Physis Rev Saúde Coletiva. 2016;26(2):455-81.
14. Campos RT, Ferrer AL, Gama CA, Campos GW, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde Debate. 2014;38(Esp):252-64.
15. Veríssimo DM, Jorge CF, Andrade NS, Silva CM, Pereira LC. A informação como recurso estratégico de prevenção em saúde do trabalhador e uma análise do CEREST de Marília no estado de São Paulo. Rev Cub Inform Cienc Salud. 2018;29(3):1-16.
16. Decreto No. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União; 2011 [citado 2020 Jul 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm
17. Roloff DI, Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Lautert L, Sant'Anna CF, Couto AM. Occupational health nurses: interdisciplinary experience in occupational health. Rev Bras Enferm. 2016;69(5):842-55.
18. Oliveira GC, Schneider JF, Pinho LB, Camatta MW, Nasi C, Guimarães AN, et al. Ações do apoio matricial na Atenção Primária à Saúde: estudo fenomenológico. Acta Paul Enferm. 2019;32(6):674-82.
19. Kessler M, Lima SB, Weller TH, Lopes LF, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. Acta Paul Enferm. 2019;32(2):186-93.
20. Fernandes LA, Neves RS, Leandro SS, Monteiro PS. Coordenação do cuidado em uma região administrativa do Distrito Federal: uma pesquisa avaliativa. Enferm Foco. 2018;9(1):13-8.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2a ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2020 Jul 21]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-28Itemid=965

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS *NEAR MISS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Meire Augusta Celestino Amaro¹
Elena Bohomol¹

<https://orcid.org/0000-0002-4202-5500>
<https://orcid.org/0000-0002-7196-0266>

Objetivo: Analisar os eventos *near miss* notificados na atenção primária à saúde.

Métodos: Estudo quantitativo, documental e retrospectivo, sendo fonte de informação o banco de dados de um sistema de notificações de incidentes de 13 unidades básicas de saúde nos anos 2014 a 2016. Os *near miss* foram analisados por avaliadores independentes e classificados com a taxonomia da Organização Mundial de Saúde. Para análises estatísticas utilizaram-se os testes qui-quadrado e o programa estatístico R versão 3.4.0.

Resultados: entre os 1093 eventos *near miss* notificados, 687(62,8%) foram eventos com medicamentos, 312 (28,5%) eventos com documentação, 46 (4,2%) eventos com administração clínica e 48 (4,4%) outros. O teste de Kappa apontou baixa concordância entre os dois primeiros avaliadores com valor médio (0,39). O nível de concordância aumentou de 54% para 73% com a inclusão do terceiro avaliador. Houve diferença significativa na proporção entre os eventos com medicamentos, documentação e administração clínica. (p=0).

Conclusão: o estudo identificou eventos *near miss* notificados na atenção primária, destacando os eventos com medicamentos e documentação. A taxonomia da Organização Mundial de Saúde permitiu a classificação dos eventos *near miss*, mas requer melhorias para se adequar à atenção primária.

Descritores: Notificação; Near miss; Atenção primária à saúde; Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Gestão de riscos

NEAR MISS EVENTS NOTIFICATION IN PRIMARY HEALTH CARE

Objective: To analyze the near miss events reported in primary health care.

Methods: Quantitative, documentary and retrospective study, the database of an incident notification system of 13 basic health units in the years 2014 to 2016 being the source of information. The near misses were analyzed by independent evaluators and classified with the taxonomy of the World Health Organization. For statistical analysis, chi-square tests and the statistical program R version 3.4.0 were used.

Results: among the 1093 reported near miss events, 687 (62.8%) were drug events, 312 (28.5%) events with documentation, 46 (4.2%) events with clinical administration and 48 (4.4 %) others. The Kappa test showed low agreement between the first two evaluators with a mean value (0.39). The level of agreement increased from 54% to 73% with the inclusion of the third evaluator. There was a significant difference in the proportion between events with drugs, documentation and clinical administration (p = 0).

Conclusion: the study identified near miss events reported in primary care, highlighting the events with medication and documentation. The World Health Organization's taxonomy allowed the classification of near miss events, but requires improvements to adapt to primary care.

Keywords: Notification; Near miss; Primary health care; Patient safety; Quality of health care; Risk management

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS CERCANOS PERDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Objetivo: Analizar los eventos cercanos a fallas reportados en la atención primaria de salud.

Métodos: Estudio cuantitativo, documental y retrospectivo, siendo la fuente de información o base de datos para un sistema de notificación de incidentes de 13 unidades básicas de salud de 2014 a 2016. Estamos cerca de fallar analizados por evaluadores independientes y clasificados. como taxonómico Organización Mundial de la Salud. Para el análisis estadístico, utilizaremos las pruebas cuadráticas y el programa estadístico R versión 3.4.0.

Resultados: de los 1093 eventos reportados cerca de la falla, 687 (62,8%) fueron eventos de drogas, 312 (28,5%) eventos con documentación, 46 (4,2%) eventos con administración clínica y 48 (4, 4%) otros. O la prueba de Kappa mostró una baja concordancia entre los dos primeros evaluadores con un valor medio (0,39). El nivel de contrato aumentó del 54% al 73% con la inclusión de terceros. Hubo una diferencia significativa en la proporción entre eventos como medicación, documentación y administración clínica (p = 0).

Conclusión: o Identifiqué eventos cercanos a fallas notificados en atención primaria, destacando los eventos con medicamentos y documentación. La taxonomía de la Organización Mundial de la Salud permitió que dos eventos se clasificaran como cercanos, pero requirió mejoras para adaptarse a la atención primaria.

Keywords: Notificación; Near miss salud; Atención primaria; Seguridad del paciente; Calidad de la atención em salud; Gestión de riesgos

¹Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: extraído da Dissertação "Segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise de incidentes *near miss* em unidades de estratégia de saúde da família", apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, no ano de 2019.

Autor correspondente: Meire Augusta Celestino Amaro | E-mail: meire.augusta@yahoo.com.br

Recebido: 07/7/2020 - Aceito: 27/12/2020

INTRODUÇÃO

A notificação de incidentes é uma prática comum em serviços hospitalares, onde diferentes eventos podem comprometer a assistência ao paciente. Desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente e um importante tópico desta taxonomia é a definição dos tipos de incidentes, onde *near miss* ou quase erro, “é o incidente que não atingiu o paciente”, o “evento é algo que acontece ou envolve o paciente” apresentando dano ou não. No caso de evento com paciente que gerou dano, é denominado evento adverso¹.

Conhecer as fragilidades dos serviços de saúde permite identificar suas causas e redesenhar o processo com barreiras que reduzam os riscos de danos. Neste contexto, a notificação de incidentes é considerada uma importante ferramenta, capaz de coletar dados sobre os incidentes, proporcionando um ambiente de aprendizado, capaz de compartilhar informações importantes para o desenvolvimento da segurança do paciente².

A obrigatoriedade da notificação de incidentes pelos serviços de saúde no Brasil foi publicada pelo Ministério da Saúde, onde atribui ao profissional o ato de notificar os eventos dentro de um ambiente de cultura de segurança^{3,4}. Entretanto, o Boletim de Segurança do Paciente apontou que os hospitais reportaram 94% dos incidentes, e os serviços de atenção primária à saúde (APS) reportaram apenas 0,4% dos incidentes no ano de 2016⁵, revelando baixa adesão da APS neste processo.

A segurança do paciente na APS é uma preocupação da OMS, e para conhecer os riscos que envolvem este nível de cuidado, foi convocado um grupo de especialistas de diferentes partes do mundo, que se reuniram, investigaram, evidenciaram as áreas prioritárias para alcançarmos melhores resultados com a segurança neste contexto⁶.

Cabe destacar que apesar do termo “paciente” ser mundialmente o mais utilizado, na APS é comum empregarmos o termo “usuário” visto que sua definição está relacionada ao indivíduo que utiliza o serviço de saúde de forma mais abrangente, se estendendo ao acompanhante, família, trabalhador, gerente da instituição e gestor do sistema de saúde⁷. Desta forma, o presente estudo adotará o termo usuário e manterá o termo paciente para as definições padronizadas pela OMS.

A ocorrência de incidentes na APS foi investigada no estudo espanhol, que analisou de forma retrospectiva os eventos de um sistema de notificação. Os dados apontaram que 62,7% dos eventos atingiram o paciente, 45,8% causaram danos mínimos e 2,4% resultaram em danos críticos⁸.

No entanto, o estudo americano que avaliou a viabilidade de um sistema de notificação de *near miss* em sete serviços de APS identificou uma alta frequência deste tipo de evento, representando riscos significativos de danos aos pacientes⁹. Posteriormente, o estudo complementar encontrou 34 projetos de melhorias baseadas nas notificações de *near miss*¹⁰, reforçando a oportunidade que este tipo de evento oferece.

Portanto, conhecer os *near miss* na APS poderá contribuir com um sistema de aprendizado com os erros e possíveis soluções para segurança do paciente. Estudos sobre *near miss* na área hospitalar são escassos e na APS é uma lacuna do conhecimento. Desta forma, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Quais os tipos de eventos *near miss* notificados na atenção primária à saúde?

O objetivo deste estudo é analisar e categorizar os *near miss* notificados em unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, quantitativo e retrospectivo.

Foram incluídas 13 unidades básicas de saúde, totalizando 87 equipes de estratégia de saúde da família e seis núcleos de apoio à saúde da família. As equipes eram constituídas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos da família, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal; farmacêuticos; técnicos de farmácia; assistentes administrativos; visitantes sanitário, fisioterapeutas, nutricionistas; fonoaudiólogos; médicos psiquiatras, psicólogos; assistente social; terapeuta ocupacional e um educador físico, totalizando 1064 profissionais. Para que o anonimato fosse mantido, não foram expostos os nomes das unidades de saúde envolvidas.

O estudo foi realizado na região sul do município de São Paulo, dentro de um contexto urbano, com cobertura assistencial para 367.464 usuários.

A fonte de informação foi o banco de dados do sistema de notificação anônima de incidentes das 13 unidades básicas de saúde incluídas no estudo. As notificações ocorriam de forma voluntária pelos profissionais, sendo manuscrita de 2014 a 2015 e informatizada a partir de 2016. O setor da qualidade que realizava apoio técnico às unidades de saúde, gerenciava os eventos com a participação do gestor de cada unidade envolvida.

Os dados foram coletados de forma retrospectiva em julho de 2017, mediante o acesso ao banco de dados das notificações referente a janeiro de 2014 a dezembro de

2016. As informações coletas foram organizadas em um instrumento estruturado, composto com as informações: número da notificação, unidade básica de saúde, data da notificação e descrição do incidente.

Para definição da população do estudo, isto é, os *near miss* notificados, foi realizada leitura integral das 3.204 notificações de incidentes no período definido. Foram incluídos no estudo todos os eventos *near miss* relacionados à assistência direta ou indireta ao paciente. As notificações que não se caracterizam como evento *near miss* foram excluídas do estudo, dentre elas os relatos em duplicidade, os relatos com pouca informação que impediram sua interpretação ou deixaram dúvidas quanto ao seu desfecho e os eventos adversos, resultando em 1093 notificações.

Foi utilizada a taxonomia da OMS para a classificação dos tipos de incidentes com as variáveis: processos (ação realizada para se alcançar um objetivo) e problemas (situação que gerou o risco)¹. Os *near miss* que não foram passíveis de classificação com a taxonomia utilizada e apresentaram uma alta frequência, passou por uma categorização livre pelo pesquisador, de acordo as características de cada ocorrência. Foram criadas as seguintes categorias: ausência da concentração; ausência de dosagem; ausência da duração do tratamento; ausência da via de administração; dados de identificação incompletos e outros.

A classificação dos *near miss* foi feita por dois avaliadores de forma independente, em primeira instância. Um terceiro avaliador foi convidado a participar para realizar nova classificação em função das divergências entre os dois primeiros. Todos os avaliadores tinham conhecimento e experiência laboral em segurança do paciente e análise de incidentes.

O processo de análise dos dados utilizou a estatística descritiva das variáveis identificadas. O teste do Coeficiente Kappa avaliou o nível de concordância entre os avaliadores. Para verificar se houve diferença estatística significativa entre as variáveis tipos de incidentes, foi realizado o teste de proporção qui-quadrado com intervalo de confiança (IC) 95%. Adotou-se o programa estatístico R versão 3.4.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo e submetido na Plataforma Brasil sob o parecer nº 1.771.710. O estudo foi isento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por se tratar de uma pesquisa com dados secundários e não ser possível a localização dos usuários para obtenção de assinatura do termo.

RESULTADOS

O estudo identificou que os eventos *near miss* corresponderam a 34% (n=1093) das notificações. O teste do coeficiente Kappa apontou valor médio de 0,39 na avaliação dos eventos *near miss* entre os anos 2014 a 2016, indicando baixa concordância entre os dois primeiros avaliadores. Este dado apontou a necessidade de inserção do terceiro avaliador, que aumentou o nível de concordância inicialmente com (54%) para (73%) após esta inclusão.

Conforme a tabela 1, é apresentada a distribuição da classificação dos tipos de incidentes para os casos *near miss* nos anos de 2014 a 2016, observa-se que houve diferença significativa entre os tipos de incidentes com (p=0), indicando a probabilidade de que a diferença observada entre as categorias seja ao acaso.

Tabela 1. Distribuição do Tipo de Incidente para os casos de *near miss* em unidades básicas de saúde (n=1093)

| Tipos de incidentes | 2014 | 2015 | 2016 | p-value |
|-----------------------|------------|------------|------------|---------|
| | n(%) | n(%) | n(%) | |
| Medicamentos | 60(30,8) | 171(68,7) | 456(68,2) | 0,00 |
| Documentação | 88(45,1) | 59(23,7) | 165(24,7) | |
| Administração clínica | 23(11,8) | 9(3,6) | 14(5,1) | |
| Outros | 24(12) | 10(4) | 14(2) | |
| Total | 195(100,0) | 249(100,0) | 649(100,0) | |

Os resultados relacionados aos tipos de processos dos *near miss* estão apresentados na tabela 2, que aponta uma maior frequência de eventos com medicamentos no processo de prescrição, seguido de eventos com documentação no processo de pedidos e eventos de administração clínica no processo de encaminhamento e agendamento de pacientes.

Conforme a tabela 3, estão os tipos de problemas dos eventos *near miss* notificados pelos profissionais, destacando as situações que geraram riscos. Nos eventos com medicamentos, destacam-se os problemas com medicamento errado, concentração errada, apresentação errada e alta frequência de problemas categorizados como outros, que serão explicados adiante. Nos eventos com documentação observa-se maior frequência de problemas com identificação errada seguida de documentos incompletos.

Tabela 2. Distribuição dos tipos de processos dos eventos near miss em unidades básicas de saúde (n=1093)

| Tipos de processo | 2014 n(%) | 2015 n(%) | 2016 n(%) | Total n(%) |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Processos de medicamentos | 60(100) | 171(100) | 456(100) | 687(100) |
| Administração | 1(2) | 1(1) | 14(3) | 16(2) |
| Armazenamento | 2(3) | 7(4) | 9(2) | 18(3) |
| Dispensação | 5(8) | 5(3) | 14(3) | 24(3) |
| Prescrição | 52(86) | 158(92) | 419(92) | 629(92) |
| Processos de documentação | 88(100) | 59(100) | 165(100) | 312(100) |
| Cadastro | 23(26) | 4(7) | 24(15) | 51(16) |
| Cartões | 7(8) | -(-) | 3(2) | 10(3) |
| Formulários assistenciais | 18(20) | 4(7) | 20(12) | 42(13) |
| Pedidos | 29(33) | 32(54) | 67(41) | 128(41) |
| Prontuários | 8(9) | 15(25) | 44(27) | 67(21) |
| Outros | 3(3) | 4(7) | 7(4) | 14(4) |
| Processos de administração clínica | 23(100) | 9(100) | 34(100) | 46(100) |
| Admissão | -(-) | 3(33) | 14(41) | 17(37) |
| Agendamento | 7(30) | 2(22) | 5(15) | 14(30) |
| Alocação do paciente | -(-) | 2(22) | -(-) | 2(4) |
| Consulta | 1(4) | 1(11) | -(-) | 2(4) |
| Encaminhamento | 2(9) | 1(11) | 8(24) | 11(24) |
| Requisição | 8(35) | -(-) | -(-) | -(-) |
| Transcrição | 2(9) | -(-) | 2(6) | -(-) |
| Outros | 3(13) | -(-) | 3(9) | -(-) |
| Outros processos | 24(100) | 10(100) | 14(100) | 48(100) |

Nos eventos com medicamentos, observa-se que os problemas com prescrição são os mais frequentes e 58% estão categorizados como outros, por não existir opções de classificação na taxonomia da OMS. Após leitura dos relatos, e uma nova categorização, o estudo aponta problemas com prescrição incompleta. A tabela 4 apresenta a categorização dos outros problemas com prescrição, sendo os mais frequentes, os dados de identificação incompletos, seguidos de ausência de dosagem e ausência de concentração do medicamento.

Tabela 3. Distribuição dos tipos de problemas dos eventos near miss em unidades básicas de saúde (n=1093)

| Tipos de problema | 2014 n(%) | 2015 n(%) | 2016 n(%) | Total |
|-------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| Problemas com medicamentos | 60(100) | 171(100) | 456(100) | 687 |
| Frequência errada | -(-) | 1(1) | 3(1) | 4 |
| Prazo de validade expirado | -(-) | 7(4) | 6(1) | 13 |
| Apresentação errada | 18(33) | 11(6) | 28(6) | 54 |
| Concentração errada | 5(8) | 11(6) | 51(11) | 67 |
| Duração errada do tratamento | 5(8) | 5(3) | 12(3) | 22 |
| História prévia de alergia | 3(5) | 2(1) | 4(1) | 9 |
| Medicamento errado | 9(14) | 11(6) | 32(7) | 55 |
| Paciente errado | 8(13) | 16(9) | 22(5) | 46 |
| Prescrição ilegível | 1(2) | 1(1) | 15(3) | 17 |
| Prescrição rasurada | 2(3) | 4(2) | 15(3) | 21 |
| Via errada | 2(3) | 1(1) | 6(1) | 9 |
| Outros | 7(12) | 101(59) | 262(58) | 370 |
| Problemas com documentação | 88(100) | 59(100) | 165(100) | 312 |
| Identificação errada | 66(75) | 17(29) | 64(38) | 147 |
| Arquivamento errado | 5(6) | 8(14) | 15(9) | 26 |
| Documento incompleto | 8(9) | 19(31) | 37(23) | 73 |
| Informação ilegível | 2(2) | 8(14) | 7(4) | 10 |
| Paciente errado | -(-) | 2(3) | 9(6) | 11 |
| Documento para paciente errado | 4(4) | 1(2) | 26(16) | 31 |
| Outros | 3(3) | 4(7) | 7(4) | 14 |
| Problemas com administração clínica | 23(100) | 9(100) | 14(100) | 46 |
| Agendamento errado | 1(4) | 2(22) | 1(7) | 4 |
| Paciente errado | 6(26) | -(-) | 8(57) | 14 |
| Processo/serviço errado | 3(13) | 2(22) | 2(14) | 6 |
| Encaminhamento Incompleto | 2(9) | -(-) | 1(7) | 10 |
| Processo/serviço errado | 4(18) | 1(11) | 1(7) | 4 |
| Outros | 7(30) | 4(44) | 1(7) | 26 |
| Outros problemas | 24(100) | 10(100) | 14(100) | 48 |

Tabela 4. Distribuição dos outros problemas relacionados à prescrição de medicamentos em unidades básicas de saúde (n = 370)

| Descrição de outros problemas de prescrição | 2014 n(%) | 2015 n(%) | 2016 n(%) | Total n(%) |
|---|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Ausência da concentração | -(-) | 3(3) | 38(14) | 41(11) |
| Ausência de dosagem | 2(29) | 30(30) | 69(27) | 101(27) |
| Ausência da duração do tratamento | 2(29) | 12(12) | 23(8) | 37(10) |
| Ausência da via de administração | 1(14) | 5(5) | 14(5) | 20(6) |
| Dados de identificação incompletos | -(-) | 42(42) | 83(33) | 125(34) |
| Outros | 2(29) | 9(9) | 35(13) | 46(12) |
| Total | 7(100) | 101(100) | 262(100) | 370(100) |

DISCUSSÃO

A notificação de *near miss* mostrou-se uma prática de profissionais de unidade básica de saúde (UBS) conforme resultados do presente estudo e destacam-se respectivamente os erros relacionados a medicamentos, seguidos dos erros com documentação e erros de administração clínica. A literatura traz diferentes dados quanto a frequência de *near miss* na APS, comparados aos achados deste estudo. Um estudo americano que investigou os erros em farmácias comunitárias refere que os *near miss* representaram 26% dos erros¹¹. Outra pesquisa avaliou os incidentes notificados em UBSs da Espanha apontou que 37,3% dos incidentes não atingiram os usuários⁸. Este dado é similar aos achados deste estudo, que detectou 34% de *near miss*.

Os resultados desta pesquisa demonstram que os eventos com medicamentos estão fortemente relacionados a erros de prescrição e assemelham-se àqueles comprovados em outras investigações. O estudo espanhol que investigou incidentes em unidades básicas de saúde revelou que 50% de eventos ocorreram com medicamentos⁸. Pesquisadores ingleses analisaram as principais causas para erros de medicação na APS apontou que a etapa de prescrição representa grande vulnerabilidade¹². Estes dados sobre erros de prescrição são esperados, pois diariamente a APS realiza milhares de consultas médicas em diversas partes do mundo, que geram prescrições de medicamentos, sendo ela a primeira fase do processo de medicação.

Os problemas e as fontes de riscos detectados no processo de medicação desencadeiam um potencial de dano

grave. Uma recente pesquisa americana analisou os incidentes em farmácias comunitárias e trazem dados superiores a este estudo, indicando 12% de incidentes com paciente errado e 14% com medicamento errado¹¹. O estudo francês que avaliou consultas médicas na atenção primária apontou problemas com prescrição e os incidentes com medicamento errado representou 37,5% dos eventos analisados¹³. Estas divergências dos dados publicados em outros estudos, podem ser explicadas por representarem os problemas com medicação de forma geral, diferente do escopo deste estudo que investigou somente *near miss*.

Esta pesquisa revela que 58% dos problemas com prescrição de medicamento necessitaram de categorização livre por estarem relacionadas a dados incompletos. Problemas com prescrições incompletas também foram relatados em outros estudos. A pesquisa que avaliou manualmente as prescrições médicas da APS do Bangladesh mostrou 16,44% de prescrições com ausência de duração do tratamento e 12,78% com ausência de dosagem¹⁴. O estudo brasileiro que investigou os fatores de risco dos erros de prescrição de medicamentos, refere que a ausência de informações adequadas podem contribuir para uma assistência insegura¹⁵.

Na prática da APS no Brasil, a prescrição incompleta além de oferecer riscos aos processos de administração ou dispensação do medicamento, pode acarretar transtornos ao usuário, pois quando é detectada na própria unidade que forneceu a prescrição, é possível que os profissionais procurem o prescritor para correção. Nos casos de prescrições provenientes de outros serviços de saúde, esta falha traz atraso ao início do tratamento, onde o usuário precisa retornar ao serviço de origem da receita para correção da prescrição.

O estudo brasileiro que investigou as características de eventos adversos na APS, comparados com resultados de um estudo português e outro australiano apresenta uma variação entre 19% a 32% de erros administrativos¹⁶ e trazem dados similares aos resultados deste estudo. Todavia, por não existir padronização dos tipos de erros administrativos, ele é especificado de diferentes formas na literatura. A falta de informações padronizadas, conceitos de diferentes tipos de erros e uma taxonomia customizada para a realidade da APS também contribuem fortemente para esta baixa consistência de dados⁶.

O estudo americano que investigou os erros *near miss* em serviços de cuidados primários apontou 47,3% de falhas nos processos administrativos e 25,3% erros de arquivamento. Estes dados demonstram que os eventos *near miss* na APS pode estar relacionado às falhas de

assistência direta e assistência indireta⁹. Os erros de arquivamento apontados nesta pesquisa são inferiores aos encontrados na literatura, porém cabe ressaltar que o estudo traz maior frequência de erros de documentos com identificação errada e documento para paciente errado. Os problemas com documentação são recorrentes na praticadas unidades básicas de saúde e podem ser atribuídos ao grande volume de profissionais que manipulam o prontuário do usuário e as diferentes interrupções durante os processos de trabalho.

Este estudo trouxe dados com erros de pedidos, sendo eles relacionados a falhas de identificação do paciente, documento incompleto, paciente errado e informação ilegível. Não foi encontrado na literatura estudos que abordem erros com pedidos na APS, porém, uma pesquisa brasileira investigou os incidentes de um hospital público, classificou os eventos conforme taxonomia da OMS e não identificou erros com documentação¹⁷. Este fato pode estar relacionado a baixa prioridade para investigação destes tipos de erros e na prática dos serviços de saúde estas ocorrências sejam subnotificadas.

Nesta pesquisa, foram detectados erros de administração clínica e os principais problemas estavam relacionados a erros de admissão, agendamento e encaminhamento. O estudo brasileiro que analisou os desafios da gestão do cuidado na APS na percepção da equipe de enfermagem, aponta que os processos burocráticos da gestão e falta de profissionais prejudicam a qualidade da assistência aos usuários¹⁸. No contexto da APS, estes tipos de erros trazem diferentes prejuízos ao usuário, pois é sabido que os processos são burocráticos, lentos, atrelados à alta demanda e baixa oferta.

Dificuldades de acessibilidade, como o agendamento de consultas, foram relatadas em uma pesquisa realizada no Brasil, onde os usuários consideram o acesso à APS burocrático e demorado, desde agendamento até a espera para o atendimento da consulta¹⁹. Já o estudo que analisou as queixas dos usuários da APS no Brasil, apontou que a demora para o atendimento de consultas corresponde a 69% da insatisfação²⁰. Neste sentido, quando um erro de agendamento é detectado precocemente, é possível solucioná-lo sem acarretar prejuízos ao paciente, diferentemente de quando o erro é identificado somente no momento do atendimento.

A utilização de sistema de notificação mostrou-se possível em UBSs que possuem um ambiente de cultura de segurança, conforme resultados deste estudo. Desta forma, pesquisadores mostram que os aspectos positivos para notificação estão relacionados o apoio do núcleo de

segurança do paciente, o *feedback* aos profissionais e o reconhecimento da importância do reporte de erros em saúde²¹.

No cotidiano da prática de investigação e análise de incidentes, quando um serviço de saúde reduz significativamente o número de notificações, é importante manter uma boa comunicação com os profissionais para incentivar a notificação e consequentemente reduzir a subnotificação.

O ideal é que o número de *near miss* permaneça em constante crescimento, evidenciando a capacidade do profissional em detectar erros precocemente e a efetividade das barreiras que tenham sido implantadas pela gestão do serviço de saúde.

Esta pesquisa tem como limitação a utilização dos dados de apenas uma região de saúde do município de São Paulo. A taxonomia da OMS para classificação das notificações mostrou limitações para se adequar à realidade do processo de medicação na APS devido ao grande número de prescrições incompletas que não foi possível classificar.

Esta pesquisa apresenta a evolução da cultura de segurança em serviços de APS, onde a notificação de eventos *near miss* aumentou ao longo dos anos investigados. Os profissionais foram capazes de detectar as falhas precocemente e utilizar o sistema de notificação voluntária para relatar as ocorrências que refletiram riscos para o cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou os eventos *near miss* presentes nas notificações voluntárias dos profissionais das UBSs. Os principais tipos de *near miss* foram os de documentação, medicação e administração clínica. A taxonomia da OMS permitiu a classificação dos eventos *near miss*, mas requer melhorias para se adequar à realidade da APS, onde não foi possível classificar mais da metade dos problemas de prescrição identificados no estudo. A categorização livre destacou os problemas com prescrição de medicamentos relacionados à ausência da concentração; ausência de dosagem; ausência da duração do tratamento; ausência da via de administração e dados de identificação incompletos, refletindo um evento comum nos serviços de APS.

Contribuições dos autores:

Meire Augusta Celestino Amaro participou da concepção do estudo, coleta de dados, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Elena Bohomol participou do desenho do estudo, análise dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). [Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: Final Technical Report] [Internet]. Lisboa: OMS; 2011 [cited 2019 Nov 19]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>. Portuguese.
2. World Health Organization (WHO). Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide. Geneva: WHO; 2016.
3. Ministério da Saúde. Portaria No. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)[Internet]. 2013 [citado 2020 Jun 28]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC No. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. 2013 [citado 2020 Jun28]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
5. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15: incidentes relacionados à assistência à saúde[Internet]. Brasília (DF):ANVISA; 2017 [citado 2020 Jun 28]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Boletim+Seguranca+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servicos+de+Saude+nº+15/bb637392-4973-4e7f-8907-a7b3af1e297b>
6. World Health Organization. Safer Primary Care Expert Working Group. Safer primary care: a global challenge [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2019 Nov 9]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html
7. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3a ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2007.
8. Guerra-García MM, Campos-Rivas B, Sanmarful-Schwarz A, Virseda-Sacristán A, Dorrego-López MA, Charle-Crespo A. [Description of contributing factors in adverse events related to patient safety and their preventability]. *Aten Primaria*. 2018;50(8):486-92. Spanish.
9. Crane S, Sloane PD, Elder NC, Cohen L, Laughtenschlaeger N, Walsh K, et al. Reporting and using near-miss events to improve patient safety in diverse primary care practices: a collaborative approach to learning from our mistakes. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(4):452-60.
10. Crane S, Sloane PD, Elder NC, Cohen LW, Laughtenschlager N, Zimmerman S. Implementing near-miss reporting and improvement tracking in primary care practices: lessons learned. In: Battles J, Azam I, Grady M, Reback K, editors. *Advances in patient safety and medical liability*. Rockville: AHRO; 2017 [cited 2019 Nov 19]. Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/resources/liability/crane.html>
11. Darbshire PL, Zhao JC, Sodhi A, Anderson CM. Student observations of medication error reporting practices in community pharmacy settings. *Res Soc Adm Pharm*. 2019;15(7):902-6.
12. Car LT, Papachristou N, Gallagher J, Samra R, Wazny K, El-Khatib M, et al. Identification of priorities for improvement of medication safety in primary care: a PRIORITIZE study. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):160.
13. Pourrain L, Serin M, Dautriche A, Jacquetin F, Jarny C, Ballenecker I, et al. [Management of medication errors in general medical practice: study in a pluriprofessionnal health care center]. *Therapie*. 2018;73(6):461-71. French.
14. Biswas M, Roy DN, Islam M, Parvez M, Rahman M, Tajmim A, et al. Prevalence and nature of handwritten outpatients prescription errors in Bangladesh. *Int J Pharm Sci*. 2014;6(5):126-30.
15. Souza AF, Queiroz JC, Vieira AN, Silva Solon LG, Bezerra EL. [Medication errors and their risk factors inherent to the medicinal prescription]. *Enferm Foco*. 2019;10(4):12-6. Portuguese.
16. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão AL. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(11):1-16.
17. Gottens LB, Santos ML, Carvalho PA, Amorim FF. A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):861-67.
18. Soder R, Oliveira IC, Silva LA, Santos JL, Peiter CC, Erdmann AL. [Challenges for the care management in primary health care: perspective of the nursing team]. *Enferm Foco*. 2018;9(3):76-80. Portuguese.
19. Campos RT, Ferrer AL, Gama CA, Campos GW, Trapé TL, Dantas DV. [Assesment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users]. *Saúde Debate*. 2014;38(Esp):252-64. Portuguese.
20. Catanante GV, Hirooka LB, Porto HS, Bava MC. Social participation in primary health care towards the 2030 Agenda. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(12):3965-74.
21. Mascarenhas FA, Anders JC, Gelbcke FL, Lanzoni GM, Ilha P. Facilities and difficulties of health professionals regarding the adverse event reporting process. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180040.

EVENTOS ADVERSOS E FATORES ASSOCIADOS EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO

Thais da Costa Oliveira¹

Jovânia Marques de Oliveira e Silva¹

Patrícia de Carvalho Nagliate¹

Regina Célia Sales Santos Veríssimo¹

Maria Lucélia da Hora Sales²

Tâmara Silva de Lucena¹

<https://orcid.org/0000-0003-2802-8454>

<https://orcid.org/0000-0001-7452-2651>

<https://orcid.org/0000-0001-6715-0028>

<https://orcid.org/0000-0002-2447-0707>

<https://orcid.org/0000-0001-9697-8211>

<https://orcid.org/0000-0002-0480-4458>

Objetivo: Analisar os eventos adversos e fatores associados em maternidades de alto risco, de instituições de ensino de Maceió, Alagoas, Brasil.

Método: Estudo transversal, retrospectivo e analítico, no qual foram avaliados 480 prontuários de mulheres internadas nas maternidades, em 2016, com desfecho de parto cirúrgico. Foi utilizado um instrumento de revisão retrospectiva de prontuários, adaptado e validado para maternidades no Brasil. A busca de critérios rastreadores foi empregada para a análise da ocorrência de eventos adversos, processo avaliado em duas etapas, com a verificação do evento e do dano decorrente.

Resultados: Evidenciaram a presença de 1051 critérios rastreadores, representando 163 eventos adversos, os quais se localizaram em 26,8% dos prontuários. Os danos foram temporários, com necessidade de intervenção em 28,8% e com aumento do tempo de internação em 60,1% dos casos.

Conclusão: A frequência de eventos adversos mostrou-se elevada, com o perfil e tipos de incidentes semelhantes às causas já estabelecidas de morbimortalidade materna, sendo mais relacionados às desordens hipertensivas, hemorrágicas e infecções, associando-se ao controle deficiente das situações clínicas na gestação, parto e puerpério, o que perpassa toda a rede de cuidado materno-infantil.

Descritores: Avaliação da qualidade da assistência à saúde; Segurança do paciente; Maternidades

ADVERSE EVENTS AND ASSOCIATED FACTORS IN HIGH RISK MATERNITIES

Objective: To analyze adverse events and associated factors in high-risk maternity hospitals in educational institutions in Maceió, Alagoas, Brasil.

Methods: Cross-sectional, retrospective and analytical study, in which 480 medical records of women hospitalized in maternity hospitals were evaluated in 2016, with the outcome of surgical delivery. A retrospective chart review instrument was used, adapted and validated for maternity hospitals in Brazil. The search for tracking criteria was used to analyze the occurrence of adverse events, a process evaluated in two stages, with the verification of the event and the resulting damage.

Results: The presence of 1051 tracking criteria was evidenced, representing 163 adverse events, which were located in 26.8% of medical records. The damage was temporary, requiring intervention in 28.8% and an increase in hospital stay in 60.1% of cases.

Conclusion: The frequency of adverse events proved to be high, with the profile and types of incidents similar to the already established causes of maternal morbidity and mortality, being more related to hypertensive disorders, hemorrhages and infections, associated with the poor control of clinical situations during pregnancy, childbirth and the puerperium, which runs through the entire network of maternal and child care.

Descriptors: Health care quality assessment; Patient safety; Maternities

EVENTOS ADVERSOS Y FACTORES ASOCIADOS EN MATERNIDADES DE ALTO RIESGO

Objetivo: Analizar eventos adversos y factores asociados en maternidades de alto riesgo en instituciones educativas de Maceió, Alagoas, Brasil.

Métodos: Estudio transversal, retrospectivo y analítico, en el que se evaluaron 480 historias clínicas de mujeres hospitalizadas en maternidades en 2016, con el resultado de parto quirúrgico. Se utilizó, adaptó y validó un instrumento de revisión retrospectiva de historias clínicas para maternidades en Brasil. Se utilizó la búsqueda de criterios de seguimiento para analizar la ocurrencia de eventos adversos, proceso evaluado en dos etapas, con la verificación del evento y el daño resultante.

Resultados: Se evidenció la presencia de 1051 criterios de seguimiento, que representan 163 eventos adversos, los cuales se localizaron en el 26,8% de las historias clínicas. El daño fue transitorio, requiriendo intervención en el 28,8% y aumento de la estancia hospitalaria en el 60,1% de los casos.

Conclusión: La frecuencia de eventos adversos resultó ser alta, con perfil y tipos de incidentes similares a las causas ya establecidas de morbimortalidad materna, estando más relacionados con trastornos hipertensivos, hemorragias e infecciones, asociados al mal control de situaciones clínicas durante el embarazo, parto y puerperio, que recorre toda la red de atención materno-infantil.

Descriptorios: Evaluación de la calidad de la atención médica; Seguridad del paciente; Maternidades

¹Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

²Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

Conflitos de interesse: extraído de dissertação "Eventos adversos e fatores associados em maternidades de ensino de Maceió, Alagoas, Brasil", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas em 2018.

Autor correspondente: Thais da Costa Oliveira | E-mail enfthais.costa@outlook.com

Recebido: 19/2/2020 - Aceito: 22/12/2020

INTRODUÇÃO

Os serviços obstétricos comportam grande demanda assistencial, volume de serviços e um potencial de danos associados aos cuidados em saúde, muitas vezes relacionados à intensa medicalização e ao intervencionismo no parto¹.

Os eventos adversos (EA) se associam diretamente à morbimortalidade materna e neonatal, ainda presente em elevada proporção de nascimentos. Estes agravos estão relacionados à dificuldade de acesso às condições básicas de educação e saúde, além de questões intrínsecas à distribuição de renda e desenvolvimento socioeconômico dos países¹⁻³. Estima-se que a prevalência de EA no parto varie de 4 a 25% a depender do método de investigação⁴.

Os EA compreendem danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural do processo saúde-doença, variando de acordo com a gravidade, de danos temporários sem repercussão até danos graves, com lesões permanentes e óbitos. Refletem de forma direta nos custos de atendimentos em saúde, devido ao maior tempo de internação hospitalar, e geram importante ônus social^{2,3}.

Através do rastreamento, avaliação e minimização dos EA é estimada uma economia de 108 milhões de dólares no custo total e de 60 mil dias de internação hospitalar². Ao se considerar a complexidade de fatores que cercam o parto e sua assistência, a identificação de EA contribui para o dimensionamento dos problemas decorrentes de processos assistenciais e é relevante para avaliar a segurança do paciente. Assim, este estudo teve como objetivo analisar os EA em maternidades de instituições de ensino e fatores associados.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal e analítico, de revisão retrospectiva de prontuários. Os locais da pesquisa foram as maternidades de duas instituições de ensino de Maceió, Alagoas, Brasil, que são responsáveis pela alta complexidade, com média de 10 mil partos ao ano, em 100 leitos obstétricos, recebendo clientela encaminhada de outros serviços ou por demanda espontânea.

A população do estudo foi composta por todos os prontuários de mulheres submetidas a parto cirúrgico nas maternidades de alto risco de Maceió, em 2016. A amostra consistiu de 480 prontuários de gestantes atendidas nestas maternidades, no ano de 2016, seguindo as diretrizes propostas pelo instrumento do Institute for Healthcare Improvement (IHI)⁵, adaptado para o Brasil. Foram analisados 10 prontuários referentes a cada quinzena do ano. A técnica de amostragem aleatória simples foi realizada com a ferramenta disponível no endereço: <http://www.randomizer.org/form.htm>.

Os critérios de inclusão foram: mulheres que tenham evoluído para desfecho de parto cirúrgico, com idade gestacional acima de 20 semanas, que permaneceram no mínimo 24 horas internadas nas maternidades; e que tiveram alta do serviço, independente do desfecho e que seus prontuários tenham sido fechados e encaminhados ao Serviço de Arquivo Médico (SAME). Foram excluídas pacientes que tiveram cesáreas em outras instituições, com posterior encaminhamento para as maternidades pesquisadas, pelo fato destas condições viesarem a avaliação dos EA.

A variável primária do estudo foi a frequência dos EA. As variáveis secundárias foram as características sociodemográficas, história reprodutiva (paridade), dados da gestação atual, diagnóstico médico na admissão e na alta, tempo de internamento, dados do exame obstétrico admissional, indução do trabalho de parto, período em que ocorreu a cesárea, setor de destino da mãe e RN, peso e Apgar do RN e os critérios de rastreamento (agrupados em módulos de administração de medicamentos, alterações/disfunções/sinais e sintomas, exames laboratoriais e procedimentos).

A determinação do desfecho "ocorrência de um EA" considerou o EA como um dano não intencional a um paciente do ponto de vista do próprio paciente, e as seguintes questões, baseadas no IHI⁵.

O revisor gostaria que o incidente ocorresse com ele?

O incidente faz parte da evolução natural do trabalho de parto e parto ou é uma complicação do manejo clínico?

O evento foi resultante de um cuidado intencional?

As respostas negativas aos questionamentos acima determinam o desfecho. Os tipos de EA encontrados foram categorizados segundo os desfechos de Reis⁴, específicos para o cuidado perinatal e os indicadores de segurança do paciente da Agency for Healthcare Research and Quality⁶. Após a confirmação, os EA foram classificados em categorias que descrevem danos ("categoria E" até "I" – dano temporário até óbito), do índice do The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention⁷.

O rastreamento dos eventos adversos foi realizado por um comitê revisor, após 10 sessões de treinamento, composto por duas enfermeiras com experiência na área obstétrica, responsáveis pela revisão primária, independente dos critérios de rastreamento e um revisor secundário, médico experiente em obstetria não envolvido na coleta de dados, que autenticou o consenso dos dois revisores primários, os resultados dos eventos adversos e a classificação de gravidade⁷.

A leitura dos prontuários foi realizada, a fim de identificar os gatilhos e investigar a ocorrência de EA. Quando nenhum gatilho era encontrado, o pesquisador ia à busca de outras pistas, seguindo o mesmo procedimento. EA

identificados no prontuário sem a presença de gatilhos foram registrados no instrumento de coleta.

Os dados foram armazenados em planilha do Microsoft Office Excel 2013 e, para análise estatística, foi utilizado o software IBM StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, ambos para Windows. Os dados descritivos foram operacionalizados através de tabelas com médias, frequências, desvio padrão, e estatística inferencial com testes qui-quadrado e exato de Fisher, para variáveis qualitativas. O intervalo de confiança foi de 95% e o nível de significância estatística considerado foi $p < 0,05$.

A pesquisa teve seus aspectos éticos apreciados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), tendo sido aprovada pelo parecer CAAE 61093616800005013, seguindo as normas da Resolução Nº466 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Em 2016 ocorreram 1958 cesáreas nos hospitais analisados. Foram revisados 24,5% dos prontuários de todas as mulheres submetidas a parto cirúrgico neste período. A idade variou de 13 a 46 anos, com uma média de 25 anos ($\pm 7,3$), 37,3% eram primigestas, 33,3% tiveram cesáreas anteriores e 26,6% tiveram abortamentos. O perfil mais

prevalente foi relacionado à etnia parda (97,3%), com até nove anos de estudo (58,6%), residentes fora de Maceió (52,3%), com companheiro (52,4%) e que desempenhavam algum tipo de atividade remunerada (56,3%).

A idade gestacional na admissão foi de 20 a 42 semanas, com média de 36 semanas e cinco dias ($\pm 3,2$). Apenas 44,3% dos registros havia menção da realização ou não de pré-natal, com 98,1% de taxa de acompanhamento. A taxa de acompanhante no internamento foi de 73,5%, com ausência de informação em 21,3% dos prontuários.

O tempo de permanência médio foi de oito dias ($\pm 7,6$), e 63,8% das mulheres vieram encaminhadas de outro serviço de risco habitual. A pressão arterial na admissão mostrou-se elevada em 57,7% dos dados sistólicos e 45,4% dos diastólicos, sendo as médias da sistólica 137mmHg (± 23 mmHg) e da diastólica, 87mmHg (± 17 mmHg).

As causas de internação se assemelharam ao perfil de indicações de cesárea, com 38,1% relacionadas às síndromes hipertensivas, 18,3% à intercorrências no parto e 15,2% ao sofrimento fetal agudo. Após o parto, 4,2% das puérperas foram encaminhadas à UTI e 36,9% dos RN necessitaram de cuidados neonatais específicos, com média de peso ao nascer de 2984g (± 869 g). Houve 12 óbitos fetais na amostra pesquisada (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil da amostra segundo ocorrência de eventos adversos em maternidades de ensino de alto risco

| Variáveis | Evento adverso | | p-values* | Odds ratio |
|--|----------------|-----------|-----------|------------------------|
| | Sim(%) | Não(%) | | |
| Faixa etária | | | | |
| ≤18 | 21(4,3) | 57(11,8) | 0,331 | - |
| 19 a 34 | 83(17,3) | 245(51) | | |
| ≥35 | 25(5,2) | 49(10,2) | | |
| Escolaridade em anos de estudo (n=398) | | | | |
| Até nove | 62(15,6) | 171(43) | 0,274 | 1,299 (0,812-2,079) |
| ≥9 | 36(9) | 129(32,4) | | |
| Trabalho (n=465) | | | | |
| Sim | 92(19,8) | 170(36,5) | <0,0001 | 2,788 (1,776-4,376) |
| Não | 33(7) | 170(36,5) | | |
| Etnia (n=446) | | | | |
| Branca | 3(0,6) | 1(0,2) | 0,031 | - |
| Parda | 114(25,5) | 320(71,7) | | |
| Preta | 4(0,9) | 4(0,9) | | |
| Logradouro | | | | |
| Maceió | 58(12) | 171(35,6) | 0,465 | 0,860 (0,573-1,289) |
| Outro | 71(14,8) | 180(37,5) | | |
| Estado civil (n=465) | | | | |
| Com companheiro | 45(9,6) | 199(42,8) | <0,0001 | 0,391 (0,256-0,597) |
| Sem companheiro | 81(17,4) | 140(30,1) | | |
| Pré-natal (n=218) | | | | |
| Sim | 51(23,4) | 158(72,4) | 1† | 0,968 (0,099-9,515) |
| Não | 1(0,4) | 3(1,3) | | |
| História obstétrica (n=470) | | | | |
| Primigesta | 47(10) | 132(28) | 0,748 | 0,934 (0,614-1,419) |
| Multigesta | 82(17,4) | 215(45,7) | | |

Continua...

Continuação.

| Variáveis | Evento adverso | | p-values* | Odds ratio |
|---|----------------|-----------|-----------|------------------------|
| | Sim(%) | Não(%) | | |
| Idade gestacional na admissão (n=475) | | | | |
| <37 semanas | 83(17,4) | 163(34,3) | <0,0001 | 2,203 (1,441-3,366) |
| ≥37 semanas | 43(9) | 186(39,1) | | |
| Acompanhante (n=378) | | | | |
| Sim | 72(19) | 281(74,3) | 0,170 | 0,544 (0,226-1,312) |
| Não | 8(2,1) | 17(4,5) | | |
| Encaminhamento de outro serviço (n=407) | | | | |
| Sim | 71(17,4) | 23(5,6) | 0,472 | 0,828 (0,495-1,385) |
| Não | 27(66,3) | 74(18,2) | | |
| Pressão arterial sistólica (n=407) | | | | |
| ≤120 | 28(6,8) | 102(25) | 0,170 | - |
| 121-139 | 20(4,9) | 50(12,3) | | |
| 140-159 | 25(6,1) | 90(22,1) | | |
| 160-179 | 24(5,9) | 44(10,8) | | |
| ≥180 | 8(1,9) | 16(3,9) | | |
| Pressão arterial diastólica (n=407) | | | | |
| ≤80 | 37(9) | 152(37,3) | 0,037 | - |
| 81-89 | 0(0) | 1(0,2) | | |
| 90-99 | 23(5,6) | 55(13,5) | | |
| 100-109 | 23(5,6) | 60(14,7) | | |
| >110 | 22(5,4) | 34(8,3) | | |
| Causas do internamento (n=479) | | | | |
| Relacionadas ao parto | 11(2,3) | 51(10,6) | 0,497 | - |
| Problemas hipertensivos | 74(15,4) | 195(40,7) | | |
| Diabetes mellitus | 5(1) | 10(2) | | |
| Hemorragias | 5(1) | 10(2) | | |
| Outras condições maternas | 15(3,1) | 49(10,2) | | |
| Sofrimento fetal | 6(12,5) | 11(2,3) | | |
| Malformações fetais | 3(0,6) | 9(1,8) | | |
| Outras fetais | 0(0) | 1(0,2) | | |
| Hipertensão e diabetes | 10(2) | 14(2,9) | | |
| Caráter do procedimento | | | | |
| Urgência e emergência | 51(10,6) | 69(14,3) | <0,0001 | 2,672 (1,720-4,150) |
| Eletivo | 78(16,3) | 282(58,8) | | |
| Idade gestacional no parto (n=475) | | | | |
| <37 semanas | 77(16) | 149(31) | <0,001 | 2,109 (1,391-3,198) |
| ≥37 semanas | 49(10,3) | 200(41,7) | | |
| Destino da mulher | | | | |
| Enfermaria | 117(24,4) | 343(71,4) | 0,001 | 0,227 (0,091-0,57) |
| Unidade de terapia intensiva | 12(2,5) | 8(1,7) | | |
| Destino do recém-nascido | | | | |
| Enfermaria | 58(12,1) | 235(48,9) | <0,0001 | 0,436 (0,286-0,663) |
| Unidade neonatal | 64(13,5) | 113(23,5) | | |
| Peso do recém-nascido (n=475) | | | | |
| <2500 gramas | 49(10,3) | 76(16) | <0,0001 | 2,212 (1,427-3,427) |
| ≥2500 gramas | 79(16,6) | 271(57,1) | | |

*Teste quiquadrado, †teste exato de Fisher

Os EA foram localizados em 26,8% dos prontuários, sendo o total de 163 EA, representando uma proporção de 33,9 EA para cada 100 partos, 42,7 por cada 1000 partos-dia e 2,3% com >1 EA. Os EA encontrados isoladamente foram enquadrados na categoria "outros", que abrangeu trombose venosa profunda (n=1), óbito fetal intra-hospitalar (n=1) e queda (n=1). A tabela 2 especifica a distribuição de frequência dos tipos de EA.

As variáveis sociodemográficas e de perfil da amostra não tiveram relação estatística com os diferentes tipos de EA (p>0,05), conforme a tabela 3.

Tabela 2. Eventos adversos em maternidades de ensino de alto risco

| Tipos de eventos adversos | n(%) | |
|--|------|--------|
| Infecções relacionadas à assistência à saúde | 50 | (30,4) |
| Problemas hipertensivos | 44 | (26,8) |
| Hemorragias | 29 | (17,6) |
| Relacionados a medicamentos | 9 | (5,4) |
| Hipotensão | 8 | (4,8) |
| Alterações glicêmicas | 8 | (4,8) |
| Intercorrências cirúrgicas | 8 | (4,8) |
| Cefaleia pós raquianestesia | 4 | (2,4) |
| Outros | 3 | (1,8) |
| Total | 163 | (100) |

Tabela 3. Perfil da amostra segundo tipos de eventos adversos em maternidades de ensino de alto risco

| Variáveis | Problemas hipertensivos | IRAS | Hemorragias | Hipotensão | Medicamentos | Alterações glicêmicas | Intercorrências cirúrgicas | p-value† |
|---------------------------------|-------------------------|----------|-------------|------------|--------------|-----------------------|----------------------------|----------|
| Faixa etária | | | | | | | | |
| ≤18 | 6(4,7) | 5(3,9) | 7(5,4) | 1(0,8) | 1(0,8) | 0(0) | 0(0) | 0,260 |
| 19 a 34 | 26(20,2) | 23(17,8) | 16(12,4) | 6(4,7) | 3(2,3) | 3(2,3) | 3(2,3) | |
| ≥35 | 6(4,7) | 10(7,8) | 2(1,6) | 1(0,8) | 0(0) | 5(3,9) | 1(0,8) | |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| Até nove | 18(18,4) | 17(17,3) | 11(11,2) | 4(4,1) | 4(4,1) | 4(4,1) | 3(3,1) | 0,502 |
| ≥9 | 13(13,3) | 9(9,2) | 10(10,2) | 2(2) | 0(0) | 0 | 0 | |
| Trabalho | | | | | | | | |
| Sim | 30(24) | 23(18,4) | 19(15,2) | 6(4,8) | 2(1,6) | 7(5,6) | 2(1,6) | 0,567 |
| Não | 7(5,6) | 13(10,4) | 5(4) | 2(1,6) | 2(1,6) | 1(0,8) | 2(1,6) | |
| Etnia | | | | | | | | |
| Branca | 0(0) | 2(1,7) | 1(0,8) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0,398 |
| Parda | 36(29,8) | 33(27,3) | 22(18,2) | 7(5,8) | 4(3,3) | 6(5) | 2(1,7) | |
| Preta | 0(0) | 2(1,7) | 0(0) | 1(0,8) | 0(0) | 0(0) | 1(0,8) | |
| Logradouro | | | | | | | | |
| Maceió | 15(11,6) | 21(16,3) | 12(9,3) | 1(0,8) | 2(1,6) | 4(3,1) | 2(1,6) | 0,565 |
| Outro | 23(17,8) | 17(13,2) | 13(10,1) | 7(5,4) | 2(1,6) | 4(3,1) | 2(1,6) | |
| Estado civil | | | | | | | | |
| Com companheiro | 18(14,3) | 10(7,9) | 8(6,3) | 2(1,6) | 1(0,8) | 5(4) | 0(0) | 0,235 |
| Sem companheiro | 18(14,3) | 27(21,4) | 17(13,5) | 6(4,8) | 3(2,4) | 3(2,4) | 4(3,2) | |
| Pré-natal | | | | | | | | |
| Sim | 25(31,3) | 19(23,8) | 12(15) | 4(5) | 3(3,8) | 5(6,3) | 2(2,5) | 0,963 |
| Não | 3(3,8) | 3(3,8) | 1(1,3) | 0(0) | 0(0) | 1(1,3) | 0(0) | |
| História obstétrica | | | | | | | | |
| Primigesta | 16(12,4) | 14(10,9) | 9(7) | 2(1,6) | 2(1,6) | 1(0,8) | 2(1,6) | 0,840 |
| Multigesta | 22(17,1) | 24(18,6) | 16(12,4) | 6(4,7) | 2(1,6) | 7(5,4) | 2(1,6) | |
| Idade gestacional na admissão | | | | | | | | |
| <37 semanas | 26(20,6) | 25(19,8) | 14(11,1) | 4(3,2) | 1(0,8) | 8(6,3) | 2(1,6) | 0,335 |
| ≥37 semanas | 12(9,5) | 12(9,5) | 10(7,9) | 3(2,4) | 3(2,4) | 0(0) | 2(1,6) | |
| Acompanhante | | | | | | | | |
| Sim | 25(31,3) | 19(23,8) | 12(15) | 4(5) | 3(3,8) | 5(6,3) | 2(2,5) | 0,963 |
| Não | 3(3,8) | 3(3,8) | 1(1,3) | 0(0) | 0(0) | 1(1,3) | 0(0) | |
| Encaminhamento de outro serviço | | | | | | | | |
| Sim | 19(19,4) | 21(21,4) | 16(16,3) | 5(5,1) | 3(3,1) | 4(4,1) | 1(1) | 0,355 |
| Não | 11(11,2) | 9(9,2) | 2(2) | 1(1) | 1(1) | 0(0) | 1(1) | |
| Pressão arterial sistólica | | | | | | | | |
| ≤120 | 4(3,8) | 9(8,6) | 7(6,7) | 3(2,9) | 1(1) | 3(2,9) | 1(1) | 0,283 |
| 121-139 | 6(5,7) | 8(7,6) | 3(2,9) | 0(0) | 0(0) | 1(1) | 2(1,9) | |
| 140-159 | 9(8,6) | 7(6,7) | 4(3,8) | 0(0) | 1(1) | 1(1) | 1(1) | |
| 160-179 | 7(6,7) | 6(5,7) | 7(6,7) | 1(1) | 2(1,9) | 0(0) | 0(0) | |
| ≥180 | 6(5,7) | 0(0) | 1(1) | 0(0) | 0(0) | 1(1) | 0(0) | |
| Pressão arterial diastólica | | | | | | | | |
| ≤80 | 7(6,7) | 15(14,3) | 6(5,7) | 3(2,9) | 1(1) | 2(1,9) | 2(1,9) | 0,686 |
| 81-89 | 0(0) | 4(3,8) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | |
| 90-99 | 7(6,7) | 7(6,7) | 6(5,7) | 0(0) | 1(1) | 2(1,9) | 2(1,9) | |
| 100-109 | 7(6,7) | 4(3,8) | 5(4,8) | 1(1) | 1(1) | 1(1) | 1(1) | |
| ≥110 | 11(10,5) | 5(4,8) | 5(4,8) | 0(0) | 1(1) | 1(1) | 1(1) | |
| Causas do internamento | | | | | | | | |
| Relacionadas ao parto | 0(0) | 5(3,9) | 4(3,1) | 1(0,8) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | <0,0001 |
| Problemas hipertensivos | 31(24) | 19(14,7) | 16(12,4) | 2(1,6) | 2(1,6) | 0(0) | 2(1,6) | |
| Diabetes <i>mellitus</i> | 0(0) | 1(0,8) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 3(2,3) | 1(0,8) | |
| Hemorragias | 1(0,8) | 2(1,6) | 1(0,8) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 1(0,8) | |
| Outras condições maternas | 2(1,6) | 7(5,4) | 3(2,3) | 2(1,6) | 1(0,8) | 0(0) | 0(0) | |
| Sofrimento fetal | 1(0,8) | 2(1,6) | 1(0,8) | 2(1,6) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | |
| Malformações fetais | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 1(0,8) | 1(0,8) | 0(0) | 0(0) | |
| Hipertensão e diabetes | 3(2,3) | 2(1,6) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | |

Continua...

Continuação.

| Variáveis | Problemas hipertensivos | IRAS | Hemorragias | Hipotensão | Medicamentos | Alterações glicêmicas | Intercorrências cirúrgicas | p-value† |
|------------------------------|-------------------------|----------|-------------|------------|--------------|-----------------------|----------------------------|----------|
| Caráter do procedimento | | | | | | | | |
| Urgência e emergência | 16(12,4) | 17(13,2) | 10(7,8) | 3(2,3) | 1(0,8) | 2(1,6) | 1(0,8) | 0,708 |
| Eletivo | 22(17,1) | 21(16,3) | 15(11,6) | 5(3,9) | 3(2,3) | 6(4,7) | 3(2,3) | |
| Idade gestacional no parto | | | | | | | | |
| <37 semanas | 26(20,6) | 23(18,3) | 13(10,3) | 3(2,4) | 1(0,8) | 8(6,3) | 1(0,8) | 0,980 |
| ≥37 semanas | 12(9,5) | 14(11,1) | 11(8,7) | 4(3,2) | 3(2,4) | 0(0) | 3(2,4) | |
| Destino da mulher | | | | | | | | |
| Enfermaria | 33(25,6) | 36(27,9) | 20(15,5) | 8(6,2) | 4(3,1) | 8(6,2) | 4(3,1) | 0,467 |
| Unidade de terapia intensiva | 5(3,9) | 2(1,6) | 5(3,9) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | |
| Destino do recém-nascido | | | | | | | | |
| Enfermaria | 18(14,8) | 15(12,3) | 15(12,3) | 2(1,6) | 3(2,5) | 2(1,6) | 2(1,6) | 0,224 |
| Unidade neonatal | 18(14,8) | 22(18) | 7(5,7) | 6(4,9) | 1(0,8) | 6(4,9) | 1(0,8) | |
| Peso do recém-nascido | | | | | | | | |
| <2500 gramas | 18(14,1) | 16(12,5) | 8(6,3) | 1(0,8) | 2(1,6) | 1(0,8) | 1(0,8) | 0,359 |
| ≥2500 gramas | 20(15,6) | 21(16,4) | 17(13,3) | 7(5,5) | 2(1,6) | 7(5,5) | 3(2,3) | |

IRAS - Infecções relacionadas à assistência à saúde; †Teste qui-quadrado

Tabela 4. Tipos de eventos adversos segundo danos* em maternidades de ensino de alto risco

| Tipo de EA | n(%) | Dano e(%) | Dano f(%) | Dano g(%) | Dano h(%) | p-value* |
|------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| IRAS | 50(30,4) | 1(2) | 49(98) | 0(0) | 0(0) | <0,0001 |
| Problemas hipertensivos | 44(26,8) | 8(18,1) | 36(81,9) | 0(0) | 0(0) | |
| Hemorragias | 29(17,6) | 11(37,9) | 2(6,9) | 0(0) | 16(55,2) | |
| Relacionados a medicamentos | 9(5,4) | 8(88,9) | 1(11,1) | 0(0) | 0(0) | |
| Hipotensão | 8(4,8) | 8(100) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | |
| Alterações glicêmicas | 8(4,8) | 4(50) | 4(50) | 0(0) | 0(0) | |
| Intercorrências cirúrgicas | 8(4,8) | 3(37,5) | 4(50) | 1(12,5) | 0(0) | |
| Cefaleia pós-raqui anestesia | 4(2,4) | 3(75) | 1(25) | 0(0) | 0(0) | |
| Outros | 3(1,8) | 1(33,3) | 1(33,3) | 1(33,3) | 0(0) | |
| Total | 163(100) | 47(28,8) | 98(60,1) | 2(1,3) | 16(9,8) | |

*Segundo o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2016)⁷; †Teste qui-quadrado. IRAS, infecções relacionadas à assistência à saúde; dano e - Dano temporário ao paciente e necessidade de intervenção; dano f - Dano temporário e necessidade de internação hospitalar ou prolongamento do tempo de internação; dano g - Dano permanente; dano h - Necessidade de intervenção para manutenção da vida

Na avaliação por classificação do dano, os EA mais prevalentes (IRAS e problemas hipertensivos) se associaram a danos tipo F, que geraram prolongamento da hospitalização. O dano H foi mais frequente nos problemas hemorrágicos, enquanto o dano G apenas foi classificado em um caso de histerectomia e outro de perda fetal (situações de dano permanente). A tabela 4 discrimina os EA encontrados e os tipos de danos associados.

DISCUSSÃO

A taxa de EA encontrada neste estudo não foi distante do encontrado por outro autor nacional⁴, que verificou 24,3% de EA e 56,2 por pacientes-dia, em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, com uma clientela mista e avaliação de partos vaginais e cirúrgicos. Os desfechos

desfavoráveis caracterizados como EA transcendem o próprio serviço da maternidade e refletem condições precárias de acesso a serviços básicos e cuidados de pré-natal⁸.

Outros estudos evidenciaram frequências de 3,6% e 9,2% de EA, sendo os mais frequentes relacionados a procedimentos cirúrgicos (59,4%), necessitando intervenção (71,9%), com possibilidade de prevenção em 56,3% e mais comuns no puerpério e depois de cesáreas^{9,10}.

As mulheres submetidas a cesáreas em gestações de alto risco estão expostas a riscos assistenciais gerais do ambiente hospitalar, riscos cirúrgicos pela realização da cesárea e, ainda, condições específicas dadas pelo período gravídico-puerperal e perfil de alto risco. Estes fatores influenciaram na maior taxa de EA (26,8%) presente neste estudo, em comparação a outros autores^{4,9}.

O perfil sociodemográfico impacta no acesso aos cuidados básicos de pré-natal, que por sua vez se traduz nos resultados assistenciais e desfechos do cuidado materno-infantil. No entanto, não se pode deixar de relacionar tais desfechos a falhas na assistência e condução clínica das situações de alto risco, que além de aumentarem a morbimortalidade, proporcionam danos decorrentes do próprio cuidado.

A prevalência de EA mais elevada em mulheres pardas, sem companheiro e que trabalhavam pode ser explicada pelas próprias características étnico-geográficas da população brasileira e elevada proporção de mulheres pardas na amostra, em detrimento de outras etnias; pela maior tendência à gestação não planejada e acompanhamento pré-natal insuficiente na ausência de companheiro¹¹, acarretando em maior risco de complicações. A relação da variável trabalho pode ser interpretada pelo tipo de vínculo, geralmente informal, dado o perfil de baixa escolaridade da amostra, com elevada carga de trabalho, remuneração insuficiente e condições precárias, o que oferece riscos adicionais ao processo gestacional¹².

Neste estudo foi observada maior ocorrência de EA em cesáreas eletivas do que de urgência/emergência, refutando a tendência de maior ocorrência de danos em situações de urgência; este achado pode ser relacionado ao maior uso de recursos e maior empenho das equipes em situações críticas, o que reduz desfechos desfavoráveis e danos.

Os internamentos e procedimentos em gestações pré-termo apresentaram mais EA, ao ponto que as mulheres passavam maior tempo de internação para controlar os fatores que motivaram os internamentos precoces, e isso aumentava os riscos assistenciais do próprio internamento, além de alguns procedimentos em gestações pré-termo serem indicados pelas próprias falhas na condução clínica dos casos, seja por eclampsias, agravamento de síndromes hipertensivas, sofrimento fetal e outros⁹.

A taxa de cesárea foi em torno de 50% e as indicações relacionaram-se ao perfil de admissões, com maior proporção de indicações por distúrbios hipertensivos, intercorrências no parto e sofrimento fetal agudo, o que guardou relação com a ocorrência de EA. Os procedimentos cirúrgicos em obstetrícia estão relacionados a infecções pós-parto, de ferida operatória, necessidade de internação em UTI, hemorragias e hemotransfusão^{5,13}.

As mulheres encaminhadas à enfermaria após o parto tiveram mais EA, em detrimento daquelas encaminhadas à UTI, e pela maior prevalência de danos temporários, resolvidos frequentemente em enfermaria. Houve exceção quanto ao RN, que quando encaminhado às unidades

neonatais, houve maior prevalência de EA nas mães, fato justificado pelo perfil de gestações pré-termo e associação com a idade gestacional em que foi realizado o parto, seja por indicação prévia ou para corrigir possíveis falhas na assistência.

Apesar da baixa frequência de encaminhamentos à UTI, este indicador é fundamental na avaliação da segurança do paciente, já que pode indicar a tentativa de correção de algum incidente, como demonstraram outros autores, que 25% destas transferências se deveram a EA em pacientes gerais¹⁴.

Os tipos de EA mais frequentes se associaram à tríade de causas diretas de morbimortalidade materna no mundo e, principalmente, no Brasil, sendo eles: IRAS, problemas hipertensivos e hemorragias¹⁵. A distribuição dos tipos de EA guardou semelhança com as variáveis que influenciaram a ocorrência dos EA.

As causas de morbimortalidade materna representaram um contínuo entre os motivos de internamento, diagnósticos médicos, indicações de cesáreas e tipos de EA. Desta forma, os EA podem ser compreendidos enquanto participantes do rol de eventos associados ao adoecimento e mortes relacionadas à gestação e, em outra proporção dos casos, representam o próprio evento desencadeado por falhas estruturais e organizacionais na assistência obstétrica^{15,16}.

A frequência destes eventos e suas diferentes gravidades foram mais associadas à admissão do que ao próprio internamento das mulheres, o que reforça a natureza múltipla e a relação com situações macropolíticas de vida das populações¹⁶.

A análise dos danos evidenciou que os EA encontrados na amostra se associaram predominantemente a situações prejudiciais que aumentaram o tempo de internamento e necessitaram de intervenção, mas que possuíam caráter temporário. Mulheres que tiveram EA passaram em médias cinco dias internadas a mais que as sem danos. O aumento do tempo de internamento deveu-se à necessidade de intervenções para resolução dos EA, os quais se expressaram muito mais pelas complicações por falta de condutas adequadas do que por danos diretos da assistência.

As limitações do estudo se associaram à baixa qualidade dos registros em prontuário, e à dificuldade de estabelecer critérios de prevenção para os EA, além de uma provável melhor análise dos EA se fossem avaliados diferentes públicos – risco habitual, alto risco, parto vaginal e cirúrgico, para categorização dos danos referentes a cada situação assistencial.

O rastreamento de EA em instituições de ensino proporciona um panorama da segurança do paciente em

cenários centrais na integração ensino-serviço-comunidade, e contribui para estratégias de promoção da cultura de segurança e da vigilância de EA ao nível de formação de pessoal na saúde.

A pesquisa trouxe aspectos inovadores de avaliação dos EA em maternidades, com uma perspectiva da segurança do paciente nestes serviços, desviando o foco de complicações para resultados indesejáveis decorrentes de falha no próprio processo assistencial. Vale destacar que os EA em maternidades decorrem de dificuldades estruturais – rede assistencial, insumos e tecnologias, e processos – fluxos de trabalho, ausência de protocolos e condutas bem definidas.

CONCLUSÃO

O perfil de EA se assemelha às características da morbimortalidade materna. As causas relacionadas às desordens hipertensivas, hemorrágicas e infecções tiveram maior representatividade na amostra, além dos eventos

gerais relacionados à segurança – danos relacionados a procedimentos cirúrgicos e medicamentos. Estes achados evidenciam associação entre EA, morbidade, *near miss* e mortalidade, existindo um ciclo entre estes eventos que leva à morte evitável de mulheres.

Contribuições dos autores:

TCO a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). JMOS c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). PCN c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). RCSSV c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). MLHS c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). TSL c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Reis LG, Pepe VL, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis*. 2011;21(3):1139-60.
2. Adler L, Yi D, Li M, McBroom B, Hauck L, Sammer C, et al. Impact of inpatient harms on hospital finances and patient clinical outcomes. *J Patient Saf*. 2018;14(2):67-73.
3. Rosendo TM, Roncalli AG. Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(1):191-201.
4. Reis LG. Eventos adversos durante o trabalho de parto e o parto em serviços obstétricos: desenvolvimento e aplicação de método de detecção [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2012.
5. Griffin FA, Resar RK. IHI global trigger tool for measuring adverse events. 2nd ed. Cambridge: IHI; 2009.
6. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety Indicators: a tool to help identify potentially preventable complications for patients in hospitals [Internet]. 2006 [cited 2019 Dec 20]. Available from: <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V30/2006-Feb-PatientSafetyIndicators.pdf>
7. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention [Internet]. Index for Categorizing Errors. 2016 [cited 2019 Dec 13]. Available from: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>.
8. Domingues RM, Dias MA, Schilithz AO, Leal MD. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):115.
9. Souza MA, Souza TH, Gonçalves AK. Fatores determinantes do near miss materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(11):498-504.
10. Abdillahi HA, Hassan KA, Kiruja J, Osman F, Egal JA, Klingberg-Allvin M, et al. A mixed-methods study of maternal near miss and death after emergency cesarean delivery at a referral hospital in Somaliland. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;138(1):119-24.
11. Nunes JT, Gomes KR, Rodrigues MT, Mascarenhas MD. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Coletiva*. 2016;24(2):252-61.
12. Aquino EM, Menezes GM, Marinho LF. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. *Cad Saúde Pública*. 1995;11(2):281-90.
13. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:105.
14. Marquet K, Claes N, De Troy E, Kox G, Droogmans M, Schrooten W, et al. One fourth of unplanned transfers to a higher level of care are associated with a highly preventable adverse event: a patient record review in six Belgian Hospitals. *Crit Care Med*. 2015;43(5):1053-61.
15. Aibar L, Rabanaque MJ, Aibar C, Aranaz JM, Mozas J. Patient safety and adverse events related with obstetric care. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291(4):825-30.
16. Vidal CE, Carvalho MA, Grimaldi IR, Reis MC, Baêta MC, Garcia RB, et al. Morbidade materna grave na microrregião de Barbacena/MG. *Cad Saúde Coletiva*. 2016;24(2):131-8.

RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS APÓS CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO

Francineide Pereira da Silva Pena¹

Antônio Odilon do Espírito Santo Teixeira¹

Odilson Rocha Alves¹

Samuel dos Santos Miranda¹

José Luis da Cunha Pena¹

Érika Tatiane Fernandes de Almeida Rodrigues¹

Walter de Souza Tavares¹

Camila Rodrigues Barbosa Nemer¹

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

<https://orcid.org/0000-0003-3301-7178>

<https://orcid.org/0000-0002-6474-0652>

<https://orcid.org/0000-0002-9842-2783>

<https://orcid.org/0000-0002-4705-3025>

<https://orcid.org/0000-0003-0539-1998>

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

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

Objetivo: Identificar as características de resiliência de pessoas com DM após cirurgia de amputação, e a relação entre as características identificadas e o tempo de amputação.

Métodos: Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital de emergência, envolvendo 80 pessoas. Foram utilizados questionário sociodemográfico para caracterização da amostra e a Escala de Resiliência para Adultos. No estudo de relação, foi aplicado o Teste de Correlação de Spearman.

Resultados: Predomínio do sexo masculino, média de idade (58±10,4), casados, etnia parda, trabalhador formal/aposentado, baixa escolaridade. A escala apresentou alfa de Cronbach ($\alpha=0,849$), com escore global (M=4,9), competência social (M=5,2±1,4), coesão familiar (M=5,1±1,3), percepção de si mesmo (M=5,0±1,0), recursos sociais (M=5,0±1,3), estilo estruturado (M=4,4±1,4) e futuro planejado (M=4,3±1,4).

Conclusão: Evidenciado nível de resiliência elevado para as características competência social, coesão familiar, percepção de si mesmo e recursos sociais, pois apresentaram maior média, embora todos os fatores tenham apresentado média acima do ponto de corte da escala, sugerindo um nível de resiliência equânime em todos. No entanto, as características de resiliência não apresentaram relação com o tempo de amputação.

Descritores: Resiliência psicológica; Diabetes *mellitus*; Amputação; Enfermagem

RESILIENCE PEOPLE WITH MELLITUS DIABETES AFTER AMPUTATION SURGERY

Objective: To identify the resistance characteristics of people with Diabetes Mellitus submitted to amputation surgery, and the relationship between the identified characteristics and the time of amputation.

Methods: Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in an emergency hospital, involving 80 people. A sociodemographic questionnaire was used to characterize the Resilience Scale for Adults. No relationship studies were applied or the Spearman Correlation Test.

Results: Male predominance, Middle age (58 ± 10.4), married, mixed race, formal / residential worker, high school. On Cronbach's alpha scale ($\alpha = 0.849$), with global score (M = 4.9), social competence (M = 5.2 ± 1.4), family relationship (M = 5.1 ± 1.3), perception of being equal (M = 5.0 ± 1.0), social resources (M = 5.0 ± 1.3), structured style (M = 4.4 ± 1.4) and planned future (M = 4.3 ± 1.4).

Conclusion: Evidence of a high level of resilience for the characteristics of social competence, family cooperation, perception of the same social resources, presented by the highest media, incorporates all the parents presented by the cut-off point of the scale, suggesting a level of equity. resilience. in all. However, the characteristics of resilience will not be related to the time of the amputation.

Keywords: Resilience psychological; Diabetes *mellitus*; Amputation; Nursing

RESILIENCIA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS DESPUÉS DE CIRUGÍA DE AMPUTACIÓN

Objetivo: Identificar las características de resistencia de las personas con Diabetes Mellitus sometidas a cirugía de amputación, y la relación entre las características identificadas y el momento de la amputación.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, realizado en un hospital de urgencias, con 80 personas. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico para caracterizar la Escala de Resiliencia para Adultos. No se aplicaron estudios de relación ni la prueba de correlación de Spearman.

Resultados: Predominio masculino, edad media (58 ± 10.4), casado, mestizo, trabajador formal / residencial, bachillerato. En la escala alfa de Cronbach ($\alpha = 0.849$), con puntaje global (M = 4.9), competencia social (M = 5.2 ± 1.4), relación familiar (M = 5.1 ± 1.3), percepción de ser igual (M = 5.0 ± 1.0), recursos sociales (M = 5.0 ± 1.3), estilo estructurado (M = 4.4 ± 1.4) y futuro planificado (M = 4.3 ± 1.4).

Conclusión: La evidencia de un alto nivel de resiliencia para las características de competencia social, cooperación familiar, percepción de los mismos recursos sociales, presentada por los medios de comunicación más altos, incorpora a todos los padres presentados por el punto de corte de la escala, lo que sugiere un nivel de equidad. resiliencia en todos. Sin embargo, las características de la resiliencia no estarán relacionadas con el momento de la amputación.

Descritores: Resiliencia psicológica; Diabetes *mellitus*; Amputación; Enfermería

¹Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

Autor correspondente: Francineide Pereira da Silva Pena | Email: franci.pena@unifap.br

Recebido: 20/04/2020 - Aceito: 23/12/2020

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado uma epidemia oculta e uma emergência mundial para a saúde do século XXI. O seu impacto inclui elevada prevalência, importante morbidade decorrente de complicações agudas e crônicas e alta taxa de hospitalizações¹. As morbidades relacionadas ao DM atingem vários órgãos entre os mais atingidos estão os pés².

A doença do pé diabético (DPD) é uma das complicações mais graves do DM, qualificado pelas alterações vasculares e/ou neurológicas e pelas deformidades biomecânicas². Embora a prevalência e o aspecto da DPD variem entre regiões do mundo, as causas para ulceração são parecidas na maioria das pessoas com DPD. Essas úlceras em geral apresentam simultaneamente, dois ou mais fatores de risco, entretanto, a neuropatia diabética periférica e a doença arterial periférica geralmente desempenha um papel central³. Esta complicação é a primeira causa de amputação não traumática que provoca elevada taxa de internação hospitalar⁴, e pode resultar em amputação de dedos, pés ou membro inferior.

O DM é responsável por metade das amputações não traumáticas no mundo. No Brasil responde por aproximadamente 40 a 60% das amputações não-traumáticas de membros inferiores. Pessoa com diabetes apresenta duas vezes mais probabilidade de amputações não traumáticas de MMII que a pessoa sem diabetes, que significa cerca de 70% das amputações, cuja ocorrência de 50% a 85% destas amputações se dá após ulceração dos pés⁴, sendo estimado atingir 25% das pessoas com DM⁵.

O impacto significativo da amputação no bem-estar, condições físicas, emocionais, pessoais e sociais das pessoas, diminui a autonomia deles e torna-as dependentes de outrem⁶. Essas informações sublinham a importância de estudo do constructo resiliência que se apresenta como habilidade para responder de forma positiva e saudável situações adversas vivenciadas, entretanto, resiliência não deve ser entendida como atributo fixo da pessoa, pois a situação muda, a resiliência se altera⁷.

A resiliência não trata apenas de respostas adaptativas ou criativas frente às adversidades, mas sim, de recursos extraídos do contexto que criam oportunidades de desenvolvimento e formam identidades fortalecidas⁸. Na enfermagem a resiliência é um processo de crescimento, desenvolvimento interior, sempre inacabado. O percurso é individual, feito por cada pessoa, mas não é de todo um percurso solitário⁹. Deste modo, o estudo de características relacionadas à resiliência em pessoas com amputação poderá auxiliar nos mecanismos de enfrentamento utilizados por essas pessoas.

Considerando a magnitude que atinge os problemas ligados às pessoas com DM que, passaram por cirurgia de amputação, e as possíveis respostas adaptativas desenvolvidas por estas pessoas foi o que despertou o interesse para o estudo em questão. A revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados PUMED, LILACS, BDNF, utilizando os DeCS/MeSH "amputação" AND "resiliência psicológica"; "amputation" AND "resilience" foram identificados sete estudos, entretanto, apenas um tratou sobre amputação e resiliência em Diabetes Mellitus¹⁰. A referida revisão apontou escassez de estudos na enfermagem que tratam sobre resiliência e amputação por DM, identificando lacuna no conhecimento sobre a temática, neste sentido, este estudo teve como objetivo: identificar as características de resiliência de pessoas com DM após cirurgia de amputação, e a relação entre as características identificadas e o tempo de amputação.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quantitativa.

Realizado no Hospital de Emergência (HE) no município de Macapá-AP. É um hospital público que atende serviços de média e alta complexidade a população do estado do Amapá e municípios circunvizinhos do estado, como as ilhas do Pará.

A população foi constituída por 330 casos de amputação no período de 2011 a 2017. A escolha do período foi devido a implantação do atendimento a pessoa com Pé Diabético. Realizado identificação dos prontuários, em que dos 330 casos ocorreram 33 óbitos, 70 endereços em outros municípios do estado, 16 residiam em outros estados. Restando 211 casos. A amostra foi probabilística aleatória simples para representação da população alvo, respeitando a representatividade de 45% da população constituída por 95 pessoas¹¹. Das 95 pessoas, 10 apresentaram choro, foi observado tristeza e angústia quando iniciado o diálogo para responder aos fatores da RSA, então se optou pelo descarte das informações, entendendo que daria viés nos resultados, das 85 restantes, duas não aceitaram participar, uma não encontrada o endereço e duas apresentavam diagnóstico clínico de transtorno mental. Um total de 80 pessoas foi contatado nas suas residências e aceitaram participar do estudo.

Definidos como critérios inclusão: idade 18 anos ou superior; ambos os sexos, amputação por DM, residir no município de Macapá. Dentre os critérios de exclusão os que apresentassem problemas emocionais (choro, tristeza profunda, ansiedade, humor irritado no primeiro contato);

diagnosticados com transtorno mental confirmado por laudo médico ou história de tratamento de transtorno mental anterior à amputação.

Para obtenção dos dados, foi utilizado questionário composto de identificação sociodemográfica e escala de Resiliência para Adultos-RSA. Esta escala foi adaptada e validada para o idioma português brasileiro¹². O processo de adaptação e validação teve sua estrutura fatorial confirmada, e evidenciou a capacidade de mensurar seis fatores, tendo variação no alfa de Cronbach de 0,88¹². A escala é composta de seis fatores e 33 itens, a saber: Percepção de si mesmo (6 itens); Futuro Planejado (4 itens); Competência Social (6 itens); Estilo Estruturado (4 itens); Coesão Familiar (6 itens); Recursos Sociais (7 itens). A mensuração segue uma escala de Likert de 7 pontos em formato diferencial semântico, tendo cada item organizado como continuum, e os opostos apresentam alternativas de respostas com conteúdo positivo e negativo. O período de coleta foi novembro de 2017 a janeiro de 2018.

Os dados foram armazenados no software Microsoft Office Excel® versão 2010 e para o tratamento estatístico foi utilizado *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows. Foi realizada análise exploratória dos dados por meio da estatística descritiva, em que as variáveis qualitativas foram analisadas por frequências absolutas e relativas (%), e as variáveis quantitativas foi usada média e desvio-padrão. Para a confiabilidade dos fatores da Escala de Resiliência para Adultos (RSA) foi utilizado o indicador Alpha de Cronbach, cujo valor foi ($\alpha=0,849$).

Para estudar a significância das associações dos diferentes fatores da resiliência com variáveis relacionadas com a amputação, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman (R). Foi considerado um nível de significância de 5% para os resultados dos testes estatísticos. Assim, as diferenças e correlações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância (p) foi menor do que 0.05 ($p < 0.05$).

Esta pesquisa atendeu a resolução No. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá-UNIFAP, cujo parecer No.: 2.416.792 e CAAE: 78919717.6.0000.0003.

RESULTADOS

A amostra foi predominante sexo masculino (72,5%), com média de idade ($58 \pm 10,4$), em sua maioria casada (35%) de etnia parda (66,3%), a trabalhar e aposentados (41,3%) respectivamente, possui baixa escolaridade sendo (52,5%) ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto às variáveis Sociodemográficas (n = 80)

| Variáveis | n(%) |
|-------------------------------|----------|
| Sexo | |
| Masculino | 58(72,5) |
| Feminino | 22(27,5) |
| Idade | |
| 30-39 anos | 3(3,8) |
| 40-49 anos | 15(18,8) |
| 50-59 anos | 26(32,5) |
| 60-69 anos | 27(33,8) |
| 70-79 anos | 7(8,8) |
| 80 ou mais anos | 2(2,5) |
| Estado civil | |
| Solteiro(a) | 27(33,8) |
| Casado(a) | 28(35,0) |
| União Estável | 13(16,3) |
| Divorciado(a) | 3(3,8) |
| Viúvo(a) | 9(11,3) |
| Etnia | |
| Branca | 10(12,5) |
| Negra | 17(21,3) |
| Parda | 53(66,3) |
| Situação trabalhista | |
| A trabalhar | 33(41,3) |
| Aposentado(a) | 33(41,3) |
| Desempregado(a) | 3(3,8) |
| Auxílio de saúde | 4(5,0) |
| Do lar | 4(5,0) |
| Benefício temporário | 3(3,8) |
| Escolaridade | |
| Analfabeto(a) | 10(12,5) |
| Ensino Fundamental Incompleto | 42(52,5) |
| Ensino Fundamental Completo | 2(2,5) |
| Ensino Médio Incompleto | 14(17,5) |
| Ensino Médio Completo | 6(7,5) |
| Ensino Superior Incompleto | 2(2,5) |
| Ensino Superior Completo | 4(5,0) |

Idade: Mínimo = 32; Máximo = 83; Média = 58,0; Desvio-padrão = 10,4

O escore médio da escala global da RSA foi de 4,9, estando acima do ponto central da escala (4,0). Assim, pode-se constatar que o nível de resiliência da amostra foi entre o moderado/elevado. A análise das médias evidencia que os fatores com menor resiliência foram o Futuro Planejado (M=4,3) e Estilo Estruturado (M=4,4). Enquanto os fatores Competência Social (M=5,2), Coesão Familiar (M = 5,1), Percepção de si mesmo (M = 5,0) e Recursos Sociais (M=5,0) apresentaram maiores médias e próximas entre si (Tabela 2).

Tabela 2. Identificação dos fatores e da escala global da Escala de Resiliência para Adulto (n = 80)

| Fatores | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|-----------------------|--------|--------|-------|---------------|
| Percepção de si mesmo | 2,0 | 7,0 | 5,0 | 1,3 |
| Futuro Planejado | 1,0 | 7,0 | 4,3 | 1,4 |
| Competência Social | 1,5 | 7,0 | 5,2 | 1,1 |
| Estilo Estruturado | 1,3 | 7,0 | 4,4 | 1,4 |
| Coesão Familiar | 1,7 | 7,0 | 5,1 | 1,3 |
| Recursos Sociais | 3,1 | 7,0 | 5,0 | 1,0 |
| RSA Global | 2,9 | 6,5 | 4,9 | 0,9 |

Na tabela 3, os resultados das correlações entre os fatores da RSA com o tempo de internação e com o tempo desde a última amputação, os coeficientes foram próximos e não significativos ($p > 0,05$), indicando que não existe correlação significativa entre a resiliência (global e fatores) nem com o tempo de internação nem com o tempo desde a última amputação.

Tabela 3. Correlação dos fatores da resiliência com o tempo de internação e o tempo desde a última amputação (n = 80)

| Fatores da RSA | Tempo de internação | Tempo desde a última amputação |
|-----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Percepção de si mesmo | R = 0,155; p = 0,170 | R = 0,142; p = 0,207 |
| Futuro Planejado | R = 0,077; p = 0,495 | R = 0,157; p = 0,165 |
| Competência Social | R = 0,189; p = 0,093 | R = 0,049; p = 0,669 |
| Estilo Estruturado | R = 0,059; p = 0,606 | R = -0,029; p = 0,796 |
| Coesão Familiar | R = 0,190; p = 0,091 | R = 0,106; p = 0,348 |
| Recursos Sociais | R = 0,032; p = 0,775 | R = 0,036; p = 0,750 |
| RSA Global | R = 0,194; p = 0,084 | R = 0,113; p = 0,320 |

R - Coeficiente de Correlação de Spearman; p - valor de significância ao Coeficiente de Spearman

DISCUSSÃO

O predomínio do sexo masculino é resultado que corrobora com outros estudos identificados na literatura em que predomina amputação na população masculina diabética. Entretanto, não há definição na literatura sobre ocorrência ser maior em homens^{4-13,14} contudo, dentre os fatores de risco para amputação em pacientes hospitalizados com úlceras no ante pé diabético incluem sexo masculino¹⁵. Os homens amputam mais, por buscar menos o serviço de saúde, caracterizando busca tardia somada à aceitação inadequada do DM e sentimento de invulnerabilidade^{15,16}.

A média de idade foi menor que as identificadas na literatura, a mediana foi de 61 anos¹³, 62,8 anos¹⁷, 63,1 anos¹⁸, a média de 66 anos¹⁴ e 68,57 anos¹⁹, esses dados quando comparados entre si evidenciam a média de idade considerável inferior as encontradas na literatura, as quais se apresentam entre 60 a 70 anos. A faixa etária foi menor que a encontrada na literatura; entre 60 a 69 anos teve a maior ocorrência de amputação, enquanto a ocorrência de amputação na literatura foi significativamente maior na faixa etária dos 60 aos 90 anos¹⁴⁻¹⁸, observam-se os homens em Macapá que passaram por cirurgia de amputação são mais jovens do que a literatura consultada.

A variável "etnia parda" foi predominante na amostra estudada. As taxas de amputações maiores mais elevadas entre os pacientes negros evidenciam as desigualdades raciais na frequência das amputações dos membros inferiores^{20,21}, mesmo após o controle do status socioeconômico¹⁸. Este resultado é corroborado por outros estudos que discutem a possível relação entre cor da pele e maior ocorrência de doenças crônicas, apesar disso, ainda são desconhecidas tais ocorrência entre grupos raciais^{22,23}. A população parda autodeclarada no estado do Amapá representa (70,1%), e na cidade de Macapá por (48,9%), dados que reforçam a variável predominante neste estudo²⁴.

Os aposentados e os que ainda estão no mercado de trabalho respectivamente foram à situação trabalhista evidenciada neste estudo, dado que espelha a média de idade identificada, pois, a amostra apresenta número expressivo de pessoas em idade produtiva. A literatura identifica entre os que se mantém inseridos no mercado de trabalho insatisfação com o processo de inclusão social relacionado ao retorno ao trabalho, porque existem muitos obstáculos no cotidiano do trabalhador que apresenta necessidades especiais, entretanto, as leis e diretrizes para assistência de pessoas amputadas se apresentam insuficientes²⁵.

O grau de escolaridade da população desse estudo foi baixo, o que significa dificultar o processo de busca e acesso a informações, a compreensão do complexo mecanismo

do DM e seu tratamento, e ainda o aprendizado em relação ao cuidado com a própria saúde o que contribui para o aumento de risco à saúde^{19,26,27}.

O processo de amputação é potencialmente impactante, gera desafio para autogerenciamento do cuidado, do tratamento e de prevenção de complicações, ainda assim, os participantes deste estudo apresentaram características de resiliência, pois a média do escore total da RSA se apresenta ligeiramente superior ao ponto central da escala, que é quatro.

Os fatores competência social e coesão familiar, tiveram as maiores médias, indicando que o fortalecimento da resiliência é maior, nestes fatores. Esse achado sugere que no grupo estudado as pessoas apresentam sentimento de competência munido de responsabilidade e sentimentos de controle sobre o evento da amputação em suas vidas, estando atentas para enfrentar as situações adversas. Competência social e coesão familiar podem ser influenciadas por fatores hereditários, aprendizado observacional e dinâmica das interações familiares^{28,29}, são características individuais consideradas fatores de resiliência^{26,27} e altos níveis desses fatores são considerados cruciais para a capacidade das pessoas de lidar com adversidades da vida²⁹.

Pessoas com características de resiliência são definidas como pessoas socialmente competentes, conscientes de sua identidade, capazes de tomar decisões, estabelecer metas e acreditar em um futuro melhor, satisfazem suas necessidades básicas de afeto, relacionamento, respeito e alcance de seus objetivos³⁰.

Os fatores percepção de si mesmo e recursos sociais foram os que apresentaram a segunda maior média, isso sugere que as pessoas que amputaram, vivem com maior suporte para os dois fatores citados. Esses fatores podem ajudar uma pessoa a se adaptar às consequências de eventos estressantes e de tensões contínuas associadas à amputação^{30,31}.

Quando estes fatores são evidenciados, há oferta de suporte e proteção para as pessoas durante as principais transições da vida, que podem ocorrer com frequência durante o curso de uma amputação, influencia no estilo de vida e no ambiente de convívio. Isso implica em compromisso constante com hábitos saudáveis de vida e compreensão do seu problema de saúde para cuidar-se³⁰.

Recursos sociais, na forma de apoio social é preditor significativo e independente de menor declínio funcional em pessoas com amputação, e seu recebimento diminui o risco de morte na pessoa. Além disso, a quantidade de apoio social está positivamente relacionada ao bem-estar social, familiar e emocional³².

Os fatores estilo estruturado e futuro planejado foram os fatores que apresentaram menor média. Estilo estruturado é descrito como capacidade de organização do próprio

tempo, estabelecimento de objetivos e prazos e orientação pessoal para a manutenção de regras e rotinas na vida diária, e o futuro planejado é o fator que se relaciona com a visão otimista do próprio futuro. Diante do evento amputação inicia uma fase de incertezas com o futuro, possibilitando a pessoa interpretar e reformular situações passadas e planejar suas ações futuras (antes e após amputação), para as diferentes fases que irão conviver continuamente, são recursos imprescindível na vida da pessoa com amputação³³.

Esses recursos podem ser definidos como características de resiliência cuja capacidade de alcançar, reter ou recuperar um nível físico ou emocional de saúde após perdas devastadoras, como a amputação³⁴. Nesse contexto, entende-se que a resiliência não resguarda a pessoa das adversidades, do sofrimento, do estresse, tornando-a invulnerável (um dos precursores do conceito), inatingível, mas promove a habilidade de enfrentamento, a superação, a transformação e aprendizagem, respondendo às adversidades com a resignificação do problema³⁵.

Ao estudar a relação entre os fatores de resiliência e as variáveis tempo de internação e tempo da última amputação, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre elas, e na literatura não foi identificado estudos relacionados ao tema em questão.

Constatou-se escassez na produção científica relacionado à temática deste estudo, acredita-se que por ser a resiliência um constructo complexo, tem sido destacada como elemento associado ao desenvolvimento humano e está sujeito a variações ambientais, pessoais e culturais⁶, cujo estudo na área da saúde pode auxiliar no enfrentamento das incapacidades e implicações decorridas da amputação, favorecer e fortalecer potencialidades pessoais e sociais.

Como limitações, destacam-se o fato da amostra reduzida, o desenho de estudo transversal e o déficit na produção científica sobre a temática.

Estudos sobre o constructo resiliência em pessoas com amputação devido diabetes mellitus podem contribuir na compreensão das fragilidades e potencialidades dessas pessoas. Igualmente, este estudo é um sinalizador, principalmente para os enfermeiros, sobre a compreensão do constructo como um componente do cuidado de enfermagem que pode possibilitar a promoção de resposta de enfrentamento das condições e adversidades impostas pelo evento da amputação.

CONCLUSÃO

Evidenciado nível de resiliência elevado para as características competência social, coesão familiar, percepção de si mesmo e recursos sociais, pois apresentaram maior

média, embora todos os fatores da escala RSA tenham apresentado média acima do ponto de corte da escala, sugerindo um nível de resiliência equânime em todos. O tempo de amputação e o de internação não apresentou relação com os fatores da escala RSA. Portanto, foi identificada proporção expressiva de características de resiliência na amostra estudada. Sugere-se realização de novos estudos para avaliar se sucede ou não a adaptação à nova condição de vida, relação entre a resiliência e o desfecho clínico nas pessoas com amputação, criando possibilidades para o desenvolvimento de estratégias que promovam resiliência em pessoas sob essa condição adversa, influenciando os indicadores de saúde relacionados ao evento da amputação. Com isso, é possível evidenciar que a ação do enfermeiro mediada pelo construto resiliência no processo de assistência à pessoa com amputação é relevante para a reabilitação à nova condição.

Contribuições dos autores:

Francineide Pereira da Silva Pena participou na concepção e/ou desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito e

aprovação da versão final a ser publicada; Antonio Odilon do Espírito Santo Teixeira participou na 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; Odilson Rocha Alves participou na 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; Samuel dos Santos Miranda participou na 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; José Luis da Cunha Pena participou da análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Érika Tatiane Fernandes de Almeida Rodrigues participou da redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Walter de Souza Tavares participou da redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Camila Rodrigues Barbosa Nemer participou da redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Iser BP, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HO, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):305-14.
- Bueno DS, Batista CR, Thomazelli FC. Amputação de membros inferiores em pacientes diabéticos – qual é o controle dos fatores de risco? *Rev AMRIGS*. 2016;60(3):220-9.
- International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guideline on interventions to enhance healing of foot ulcers in persons with diabetes [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 27]. Available from: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/06-IWGDF-recommendations-wound-healing-2019.pdf>
- Hernández SM, Reza CG, Martínez VG, Guadarrama FC. Cuidado de los pies en usuarios que viven con diabetes en el estado de México: bases para la sistematización de la asistencia de enfermería. *Enferm Foco*. 2011;2(1):23-7.
- Santos KP, Luz SC, Mochizuki L, D'Orsi E. Carga da doença para as amputações de membros inferiores atribuíveis ao diabetes mellitus no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2013. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(1):e00013116.
- Paz MG, Souza JC, Oliveira FM. Perfil da resiliência em indivíduos com amputação de membro inferior. *Acta Fisiatr*. 2018;25(2):69-73.
- Rutter MD. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. 1987;57(3):316-31.
- Pessoa AS, Coimbra RM. Desafiando noções hegemônicas sobre resiliência e indisciplina no contexto escolar. *Polêmica*. 2016;16(2):59-70.
- Amaral-Bastos M. O conceito de resiliência na perspectiva de enfermagem. *Rev Iberoam Educ Invest Enferm*. 2013;3(4):61-70.
- Livingstone W, van de Mortel TF, Taylor B. A path of perpetual resilience: Exploring the experience of a diabetes-related amputation through grounded theory. *Contemp Nurse*. 2011;39(1):20-30.
- Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4a ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2001.
- Hjemdal O, Roazzi A, Dias MG, Friberg O. The cross-cultural validity of the Resilience Scale for Adults: a comparison between Norway and Brazil. *BMC Psychol*. 2015;3(18):1-9.
- Barbosa BM, Monteiro RA, Sparano LF, Bareiro RF, Passos AD, Engel EE. Incidence and causes of lower-limb amputations in the city of Ribeirão Preto from 1985 to 2008: evaluation of the medical records from 3,274 cases. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(2):317-25.
- Pedras S, Carvalho R, Pereira MG. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with diabetic foot ulcer. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62(2):171-8.
- Moon KC, Kim SB, Han SK, Jeong SH, Dhong ES. Risk factors for major amputation in hospitalized diabetic patients with forefoot ulcers. *Diabetes Res Clin Pract*. 2019;158:107905.
- Santos AT, Silva ET, Larré MC, Inagaki AD, Silva JR, Abud AC. Prevalência de diabetes mellitus tipo 2 em subpopulação do estado de Sergipe. *Enferm Foco*. 2019;10(1):65-70.
- Ward R, Dunn J, Clavijo L, Shavelle D, Rowe V, Woo K. Outcomes of critical limb ischemia in an urban, safety net hospital population with high WIfI amputation scores. *Ann Vasc Surg*. 2017;38:84-9.
- Oliveira JC, Taquary SA, Barbosa AM, Veronezi RJ. Pé diabético e amputações em pessoas internadas em hospital público: estudo transversal. *ABCS Health Sci*. 2016;41(1):34-9.

19. Diniz Neto ES, Alves KR, Simão MA. Perfil de pacientes diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores atendidos em hospital público no município de João Pessoa-Pb. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2016;14(2):84-96.
20. Hughes K, Boyd C, Oyetunji T, Tran D, Chang D, Rose D, et al. Racial/ethnic disparities in revascularization for limb salvage: an analysis of the National Surgical Quality Improvement Program database. *Vasc Endovascular Surg*. 2014;48(5-6):402-5.
21. Arya S, Binney Z, Khakharia A, Brewster LP, Goodney P, Patzer R, et al. Race and socioeconomic status independently affect risk of major amputation in peripheral artery disease. *J Am Heart Assoc*. 2018;7(2):e007425.
22. Oliveira BL, Thomaz EB, Silva RA. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1338-52.
23. Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(7):1272-5.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Macapá [Internet]. 2010 [citado 2020 Jan 12]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/macapa/panorama>
25. Campos PV, Luz SC, Sarmiento T, Biasoli V, Santos KP, Honório GJ. Barreiras e facilitadores para o retorno ao trabalho vivenciado por pessoas amputadas de membros inferiores, sob a ótica das diretrizes brasileiras. *Cad Bras Ter Ocup*. 2018;26(1):111-8.
26. Marques AM, Vargas MA, Schoeller SD, Kinoshita EY, Ramos FR, Trombetta AP. O cuidado à saúde à pessoa com amputação: análise na perspectiva da bioética. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(4):898-906.
27. Moreschi C, Rempel C, Carreno I, Silva DS, Pombo CN, Cano MR. Prevalence and profile of people with diabetes registered at the Primary Care Information System (Siab). *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015;28(2):184-90.
28. Korhonen M, Luoma I, Salmelin R, Tamminen T. Maternal depressive symptoms: associations with adolescents' internalizing and externalizing problems and social competence. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(5):323-32.
29. Kaasbøll J, Ranøyen I, Nilsen W, Lydersen S, Indredavik MS. Associations between parental chronic pain and self-esteem, social competence, and family cohesion in adolescent girls and boys - family linkage data from the HUNT study. *BMC Public Health*. 2015;15:817.
30. Martínez RS, García-Fernández JM, Quiles JM. Perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad motora. *Psicol Conduct*. 2015;23(1):35-49.
31. Molina Y, Yi JC, Martínez-Gutiérrez J, Reding KW, Yi-Frazier JP, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs*. 2014;18(1):93-101.
32. Dornelles SS, Silva DM, Mattosinho MM, Kuhen AE, Baião S, Sandoval R. O cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus e sua família. *Cogitare Enferm*. 2013;18(3):496-501.
33. Mantovani AM, Fregonesi CE, Palma MR, Ribeiro FE, Fernandes RA, Christofaro DG. Relationship between amputation and risk factors in individuals with diabetes mellitus: a study with Brazilian patients. *Diabetes Metab Syndr*. 2017;11(1):47-50.
34. DeNisco S. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *J Am Acad Nurse Pract*. 2011;23(11):602-10.
35. Silva SM, Baptista PC, Silva FJ, Almeida MC, Soares RA. Resilience factors in nursing workers in the hospital context. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03550.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR ENFERMEIROS INTENSIVISTAS NA CONSTRUÇÃO DE UM APLICATIVO DE DROGAS CARDIOTÔNICAS

Mayara Davila Borges¹

Dayse Mary da Silva Correia¹

Deyse Conceição Santoro Batista²

Barbara Pompeu Christovam¹

Iuri Bastos Pereira²

Fátima Helena Espírito Santo¹

<https://orcid.org/0000-0001-7965-0695>

<https://orcid.org/0000-0002-6678-1378>

<https://orcid.org/0000-0001-7970-3419>

<https://orcid.org/0000-0002-9135-8379>

<https://orcid.org/0000-0002-6323-2883>

<https://orcid.org/0000-0003-4611-5586>

Objetivo: Detalhar a etapa metodológica de validação de conteúdo por enfermeiros na construção de um aplicativo sobre drogas cardiотônicas.

Métodos: Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa, constituído por duas etapas: seleção dos medicamentos cardiотônicos (noradrenalina, dobutamina, nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, amiodarona, atenolol, losartana, captopril, atensina e anlodipino), identificados a partir de um estudo exploratório em unidade de terapia intensiva; e metodológica, com avaliação de concordância de conteúdo por nove enfermeiros intensivistas mediante um formulário *online*, com conteúdo disposto em escala tipo Likert. A coleta de dados ocorreu em outubro de 2019, sendo adotada validade de um item maior ou igual a 0,70.

Resultados: O índice global de validação de concordância foi de 0,94, atestando a confiabilidade dos conteúdos dos medicamentos cardiотônicos, visando promover uma prática clínica segura de enfermagem. **Conclusão:** Pode-se inferir que o posterior desenvolvimento do aplicativo móvel a partir do conteúdo validado pode promover uma assistência de qualidade para o profissional, auxiliando na tomada de decisão e promovendo a segurança do paciente de terapia intensiva.

Descritores: Enfermagem; Aplicativos móveis; Interações medicamentosas; Cardiотônicos; Estudos de validação

CONTENT VALIDATION BY INTENSIVIST NURSES IN THE CONSTRUCTION OF A CARDIOTONIC DRUG APPLICATION

Objective: To detail the methodological stage of content validation, by nurses, in the construction of an application on cardiотonic drugs.

Methods: This is a methodological study with a quantitative approach, consisting of two stages: selection of cardiотonic drugs (noradrenaline, dobutamine, sodium nitroprusside, nitroglycerin, amiodarone, atenolol, losartan, captopril, atensin and amlodipine), identified from an exploratory study in an intensive care unit; and methodological with content agreement assessment by nine intensive care nurses, using an online form, with content arranged on a Likert scale. Data collection took place in October 2019, with the validity of an item greater than or equal to 0.70 being adopted.

Results: The global agreement validation index was 0.94, attesting the reliability of the content of cardiотonic drugs, aiming to promote a safe clinical practice in nursing.

Conclusion: it can be inferred that the subsequent development of the mobile application, based on the validated content, can promote quality care for the professional, assisting in decision making and promoting the safety of intensive care patients.

Keywords: Nursing; Mobile applications; Drug interactions; Cardiотonic agents; Validation studies

VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR ENFERMERAS INTENSIVAS EN LA CONSTRUCCIÓN DE UNA APLICACIÓN DE DROGAS CARDIOTÓNICAS

Objetivo: Detallar la etapa metodológica de validación de contenido por parte de las enfermeras en la construcción de una aplicación de medicamentos cardiотônicos.

Métodos: Este es un estudio metodológico con un enfoque cuantitativo, que consta de dos etapas: selección de fármacos cardiотônicos (noradrenalina, dobutamina, nitroprussiato de sodio, nitroglicerina, amiodarona, atenolol, losartán, captopril, atensina y amlodipino), identificados a partir de un estudio exploratorio en una unidad de cuidados intensivos; y evaluación metodológica de acuerdo de contenido por 09 (nueve) enfermeras de cuidados intensivos, utilizando un formulario en línea con contenido organizado en una escala Likert. La recopilación de datos se llevó a cabo del 13 al 25 de octubre de 2019, con la validez de un artículo mayor o igual a 0.70.

Resultados: El índice de validación del acuerdo global fue de 0.94, lo que demuestra la confiabilidad del contenido de medicamentos cardiотônicos, con el objetivo de promover una práctica clínica segura en enfermería.

Conclusión: Se puede inferir que el desarrollo posterior de la aplicación móvil a partir del contenido validado puede promover una atención de calidad para el profesional, ayudando en la toma de decisiones y promoviendo la seguridad de los pacientes de cuidados intensivos. **Objetivo:** detallar la etapa metodológica de validación de contenido, por enfermeras, en la construcción de una aplicación sobre fármacos cardiотônicos.

Descriptorios: Enfermería; Aplicaciones móviles; Interacciones farmacológicas; Cardiотônicos; Estudios de validación

¹Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Conflitos de interesse: extraído da Dissertação de Mestrado "Aplicativo Móvel sobre o uso de drogas cardiотônicas para a prática clínica segura da enfermagem intensiva." do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Autor correspondente: Mayara Davila Borges | E-mail: mayaraborgesrb@gmail.com

Recebido: 24/03/2020 - Aceito: 02/01/2021

INTRODUÇÃO

O acesso aos recursos tecnológicos, como protocolos *onlines*, aplicativos e equipamentos tecnológicos, entre outros, tem facilitado o cuidado dos pacientes críticos nas unidades de terapia intensiva, incentivando os profissionais de saúde na busca pelo conhecimento e aperfeiçoamento da assistência prestada ao paciente e resultando em qualidade e segurança para este¹.

Com base na Meta 3 da Organização Mundial da Saúde, a qual visa à melhoria da segurança dos medicamentos, observa-se que a terapia medicamentosa na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é complexa e abrange normalmente grande número de fármacos, os quais estão diretamente relacionados à segurança do cuidado dos pacientes². Nesse contexto, entre os principais problemas relacionados à administração de medicamento em UTI, estão as interações medicamentosas; quando não evitadas ou imediatamente tratadas, podem provocar danos irreparáveis aos pacientes³.

Devido às graves condições clínicas dos pacientes internados na UTI, há uso elevado de medicamentos que visam à cura e à oferta de suporte farmacoterapêutico, em que a prescrição e administração dos mesmos demandam conhecimento científico e habilidade técnica para garantir a segurança na terapêutica medicamentosa. Sendo assim, com a polifarmacoterapia, os pacientes internados em UTI estão mais vulneráveis ao risco dessas interações⁴.

Entre os medicamentos utilizados na UTI, encontram-se os cardiopônicos. Como exemplo, um estudo revelou que, entre 26 prescrições analisadas em uma UTI, 23 continham pelo menos um dos seguintes cardiopônicos: noradrenalina, dobutamina, clonidina, nitroprussiato, anlodipino, captopril e amiodarona. Além disso, a interação desses medicamentos exige uma atenção diferenciada, tendo em vista que alguns medicamentos são de alta vigilância (noradrenalina, nitroprussiato de sódio e amiodarona)⁵.

Os profissionais de enfermagem que atuam no processo, desde o aprazamento e preparo até à administração destes medicamentos, estabelecem um cuidado direto, exigindo necessária reflexão e busca por estratégias, principalmente de atualização que visem apoiar os profissionais na sua prática clínica.

Nesse sentido, o desenvolvimento de parcerias com órgãos de ciência e tecnologia constitui uma oportunidade para a formação, capaz de estabelecer processos de avaliação de evidências clínicas e econômicas, críticas à incorporação e monitoramento de novas tecnologias em saúde. Portanto, entendem-se como tecnologias em saúde: medicamentos, vacinas, equipamentos e procedimentos, assim como programas e sistemas organizacionais, educacionais e de suporte⁶.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é detalhar a etapa metodológica de validação de conteúdo por enfermeiros na construção de um aplicativo sobre drogas cardiopônicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico, constituído de duas fases: 1) Seleção: baseada no estudo de Borges do ano de 2018, na qual foi realizada pesquisa exploratória em UTI de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro, identificando-se os principais cardiopônicos prescritos e suas respectivas interações com outros medicamentos prevalentes; e 2) Metodológica: em que foi realizada a concordância de conteúdo sobre as interações medicamentosas dos cardiopônicos e os cuidados para a prática segura.

A população do estudo abrangeu 80 enfermeiros, identificados por contatos encaminhados via e-mail, mensagens de *Whatsapp* pelo Currículo Lattes, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: profissionais com, no mínimo, um ano de atuação na área intensiva e/ou cardiológica; preferencialmente com uma especialização realizada nos últimos cinco anos.

A coleta de dados realizou-se a partir de um formulário com conteúdo disposto em escala tipo Likert, disponibilizado na plataforma *Google Forms*, no período de 13 a 25 de outubro de 2019. O link de acesso foi encaminhado via e-mail para análise do nível de concordância do conteúdo por parte dos especialistas, os quais receberam um instrumento dividido em três partes: na primeira parte ("Parte I - Avaliação do Conteúdo"), para cada droga (noradrenalina, dobutamina, nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, amiodarona, atenolol, captopril, losartana, clonidina e anlodipino), foram avaliados os seguintes itens: classificação farmacológica/ efeitos; uso terapêutico; eventos adversos; apresentação e via de administração; diluição; medicamentos de interação; e efeitos da interação; na segunda parte (Parte II - Análise Preliminar do Protótipo), após a visualização do protótipo, o especialista realizou a avaliação de acordo com os seguintes itens: apresentação literária; material suficientemente específico e compreensivo; legibilidade e características; e qualidade da informação; por fim, a terceira parte (Parte III - Análise Complementar) contemplou 05 perguntas abertas para sugestões e complementação do material, não sendo obrigatório o preenchimento.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 22.0.

Para a validação do conteúdo do aplicativo realizada por enfermeiros especialistas, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual estima a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento avaliado e de seus itens. E foi

adotada a validade de um domínio, um item ou de um instrumento, conforme a literatura, maior ou igual a 0,7⁷.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina/HUAP da Universidade Federal Fluminense (UFF), sob o Parecer Consubstanciado nº3.506.440.

RESULTADOS

Os resultados foram organizados da seguinte forma: caracterização sociodemográfica (Tabela 1), experiência dos peritos na temática “doenças cardiovasculares e/ou tecnologias em saúde” (Tabela 2) e apresentação da validação do conteúdo pelo IVC (Tabela 3).

Conforme destaca a tabela 1, houve predomínio do sexo feminino (77,8%), com idade entre 32 e 38 anos (44,4%) e titulação de residência (44,4%).

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis de caracterização dos peritos (n = 09)

| Variáveis | f(%) | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------|
| Sexo | Feminino | 7(77,8) |
| | Masculino | 2(22,2) |
| Idade (em anos) | 25 a 31 | 2(22,2) |
| | 32 a 38 | 4(44,4) |
| | 39 a 47 | 3(33,3) |
| Área de trabalho | Outra | 4(44,4) |
| | Terapia Intensiva- Adulto | 2(22,2) |
| | Unidade Cardiológica | 2(22,2) |
| Função/cargo na instituição | Unidade Coronariana | 1(11,1) |
| | Enfermeiro | 7(77,8) |
| | Residente | 1(11,1) |
| Tempo de trabalho (em anos) na área | Não informado | 1(11,1) |
| | 1 a 5 | 4(44,4) |
| | 6 a 11 | 1(11,1) |
| Titulação | 12 a 17 | 4(44,4) |
| | Especialização | 3(33,3) |
| | Mestrado | 2(22,2) |
| | Residência | 4(44,4) |

A tabela 2 mostra a distribuição de frequências das variáveis de caracterização da experiência dos peritos na temática “doenças cardiovasculares e/ou tecnologias em saúde”. Observa-se que mais da metade dos peritos (55,6%) não tinha participação em grupos/projetos de pesquisa com esta temática e, entre os que

participavam, o faziam há pouco tempo, com média de 10,4 meses. Somente 22,2% dos peritos não tinham publicação na área, sendo mais frequentes publicações na área de Terapia intensiva (33,3%).

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis de caracterização da experiência dos peritos na temática “doenças cardiovasculares e/ou tecnologias em saúde” (n = 09)

| Variáveis | f(%) | |
|--|----------------------------|---------|
| Participação em grupos/projetos de pesquisa com a temática | Não | 5(55,6) |
| | Sim | 4(44,4) |
| Tempo de participação | Até 6 meses | 2(50,0) |
| | De 8 meses a 1 ano | 1(25,0) |
| | 2 anos | 1(25,0) |
| Publicação de pesquisas envolvendo a temática: | Nenhuma | 2(22,2) |
| | Cardiotônicos | 1(11,1) |
| | Cateterismo cardíaco | 1(11,1) |
| | IC | 1(11,1) |
| | Manutenção de cateter PICC | 1(11,1) |
| | Terapia Intensiva | 3(33,3) |

Em relação à concordância do conteúdo, a tabela 3 mostra os valores de IVC de cada medicamento cardiotônico analisado pelos especialistas. Nota-se que todos os medicamentos tiveram IVC acima de 0,7, considerando o conteúdo validado com IVC global de 0,94.

Tabela 3. Análise de Concordância dos especialistas de cada medicamento cardiotônico

| Medicamento cardiotônico | IVC Enfermeiros |
|---|-----------------|
| Conteúdo da Noradrenalina | 0,93 |
| Conteúdo da Dobutamina | 1,00 |
| Conteúdo do Nitroprussiato de Sódio | 0,98 |
| Conteúdo da Nitroglicerina | 0,98 |
| Conteúdo da Amiodarona | 0,98 |
| Conteúdo do Atenolol | 0,93 |
| Conteúdo do Anlodipino | 0,98 |
| Conteúdo da Atensina/Clonidina | 0,93 |
| Conteúdo da Losartana | 0,82 |
| Conteúdo do Captopril | 0,87 |
| Avaliação global do conteúdo dos medicamentos | 0,94 |

DISCUSSÃO

O uso de aplicativos no meio clínico contribui para o registro sistemático da assistência, possibilita a continuidade do tratamento e melhora a qualidade do cuidado. A utilização de aplicativos assistenciais de enfermagem, como planejamento do cuidado informatizado, agiliza as atividades de coleta, registro, armazenamento, manipulação e recuperação de dados dos pacientes sob a responsabilidade do enfermeiro. Além da facilidade de acesso aos dados, o aplicativo possibilita instrumentalização administrativa e auxilia na tomada de decisões⁸.

Com isso, nota-se a importância da construção de um aplicativo com conteúdo fidedigno e confiável. Sendo assim, os especialistas analisaram os conteúdos dos medicamentos cardiотônicos para posterior desenvolvimento do aplicativo.

Em relação a esses especialistas, é importante ressaltar que 77,8% eram do sexo feminino e 44,4% tinham entre 12 a 17 anos de experiência na área e com a principal titulação a residência. Além disso, 33,3% tinham publicações na área de terapia intensiva. Isso nos faz refletir na qualidade de formação e experiências profissionais e acadêmicas que os especialistas possuíam, mostrando que a seleção dos mesmos para etapa de validação foi minuciosa.

Sobre o IVC, ressalta que o valor final da análise do conjunto de medicamentos cardiотônicos foi alto (0,94) considerando o conteúdo validado. Para melhor compreensão desse processo de validação, segue abaixo uma discussão agrupada sobre cada item que os especialistas avaliaram, referente aos medicamentos cardiотônicos e sua importância dentro da terapia medicamentosa em paciente de UTI.

Classificação farmacológica, efeitos e uso terapêutico: o conhecimento da enfermagem sobre a farmacologia na terapia intensiva

Perante a alta incidência de erros relacionados à utilização de medicamentos nessas unidades, cumpre ressaltar a exigência do vasto conhecimento técnico/científico do enfermeiro no que se refere à manipulação, uma vez que alguns medicamentos possuem risco de espolar o paciente quando subsiste erro na sua utilização⁹.

Faz-se necessário e essencial, o aprimoramento do profissional de enfermagem, adquirindo novas habilidades e conhecimentos. Em uma UTI, as diversas e complexas atividades mostram a necessidade de se identificar as competências desses profissionais, contribuindo para uma análise crítica quanto ao desenvolvimento de suas atividades, assim como provocando a reflexão de gestores sobre

a importância da elaboração de métodos para desenvolver competências profissionais que favoreçam a organização do trabalho e a excelência dos serviços prestados¹⁰.

A partir do conhecimento dos medicamentos, o enfermeiro possui competência e autonomia para transformar rotinas em processos de trabalho sistematizados que irão fundamentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fornecendo dados para a realização dos diagnósticos e condutas de enfermagem, com base na terapêutica medicamentosa prescrita¹¹.

Portanto, é primordial que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento abrangente sobre as particularidades dos medicamentos, como classificação farmacológica e uso terapêutico, minimizando os riscos durante preparo e administração e promovendo a segurança do paciente.

Vias de administração, apresentação e diluição: práticas seguras para preparo e administração de medicamentos

O sistema de medicação compreende os seguintes processos (organização e gerenciamento, seleção e aquisição, estoque, prescrição e transcrição, dispensação, preparo, administração e monitoramento). Essas etapas são complexas e abrangem vários profissionais que executam funções interdependentes, sendo as três últimas de inteira responsabilidade da equipe de enfermagem^{12,13}.

Quanto ao preparo, processo no qual se realiza a diluição, devem ser aplicados vários princípios científicos que garantam o resultado terapêutico esperado. Para isto, é necessário saber com o que diluir, qual o volume a ser administrado em acesso venoso periférico e/ou central, quanto tempo a medicação pode permanecer preparada antes de ser administrada e em que condições ambientais deve ser preparada e acondicionada (luz, calor, higiene)¹⁴.

O processo em que há maior participação da equipe de enfermagem é o de administração de medicamentos, por isso, destaca-se a imprescindibilidade do enfermeiro, como gestor do cuidado, conhecer políticas públicas voltadas à segurança do paciente, medidas de prevenção e redução de erros e custos e conhecimento sobre o preparo seguro dos medicamentos¹².

Eventos adversos: uma análise crítica

Os pacientes que demandam cuidados intensivos são considerados de risco para Eventos Adversos (EA) decorrentes das constantes alterações hemodinâmicas e do iminente risco de morte, os quais exigem atenção ininterrupta dos profissionais, cuidados complexos e tomada de decisões imediatas⁹.

Os eventos adversos são a forma mais simples de se reconhecer o erro quantitativamente, pois causam danos e são mais facilmente identificados, afetando em média 10% das admissões hospitalares. A ocorrência destes eventos reflete o distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal¹⁵.

Pesquisas sobre eventos adversos, incluindo os erros de prescrição, dispensação e administração, têm avançado. Nesse contexto, a assistência segura e isenta de riscos ou de danos à clientela deve ser meta da equipe multidisciplinar, amparada no conhecimento científico, nas normas legais que regulamentam os direitos e obrigações relativas ao exercício profissional, assim como na dimensão ética e moral que permeiam suas ações¹⁴.

A falta de compreensão sobre o erro pode acarretar, para o profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, contribuindo para a omissão dos episódios¹⁵.

Medicamentos de interação e efeitos da interação: uma análise de causa e efeito

Em relação aos problemas causados pelo uso irracional de medicamentos, destacam-se as reações provocadas pelas interações medicamentosas. Em unidades de terapia intensiva, grande parte dos pacientes está exposta a potenciais interações medicamentosas devido ao elevado número de fármacos normalmente prescritos a pacientes críticos bem como alterações orgânicas comumente presentes. Sendo assim, essas unidades necessitam de profissionais especializados e em constante atualização²⁻¹⁶.

A polifarmácia está cada vez mais presente na rotina hospitalar. Quando hospitalizados, os pacientes fazem uso de diversos medicamentos, em média sete-fármacos por dia. Tal fato propicia que esses indivíduos apresentem maior risco de desenvolver interações medicamentosas à medida que aumentam a quantidade de medicamentos⁴.

Diante dessa grande variedade de fármacos, tornou-se um desafio realizar um aprazamento seguro, pois compreende-se a complexidade de se conhecer todos os medicamentos, mecanismos e IM, entre outras particularidades. Para isso, é essencial a equipe multidisciplinar, para que a prática do aprazamento seja feita de forma racional assim como todo o processo que envolve o medicamento¹¹.

A principal limitação do estudo foi a relação de especialistas da etapa de concordância de conteúdo. A amostra foi baixa, quando comparada ao número total

dos que receberam o convite com o formulário da pesquisa. Contudo, como a amostra foi por conveniência, considerou-se o número amostral satisfatório para essa etapa.

Existe uma dificuldade no meio clínico e acadêmico em consultar manuais de procedimentos, principalmente porque o conteúdo é muito teórico e as descrições, muito longas. Desta forma, a proposta deste trabalho é facilitar o acesso à informação.

Além disso, o aplicativo é um método de auxílio à prática clínica dos profissionais de enfermagem atuantes na terapia intensiva, os quais se deparam com um grande número de medicamentos nas prescrições médicas e consequentemente com possíveis interações medicamentosas.

Sendo assim, o conteúdo validado pelos especialistas, para posterior desenvolvimento do aplicativo móvel, tem como contribuições: a segurança do paciente internado em terapia intensiva relacionada ao grande número de fármacos prescritos nessa unidade; e a segurança para a prática profissional, proporcionando atualização de conteúdos pertinentes e auxiliando na tomada de decisão imediata.

CONCLUSÃO

Por meio do detalhamento da etapa metodológica de validação de conteúdo por enfermeiros, pode-se inferir que o posterior desenvolvimento do aplicativo móvel sobre interações de medicamentos cardiotônicos terá um conteúdo de informação segura, confiável e necessária para uma assistência de qualidade, para o profissional e para o paciente. Com isso, poder-se-á direcionar melhores cuidados ao paciente, proporcionando sua segurança, bem como informações rápidas, concisas e fidedignas aos profissionais de enfermagem nas tomadas de decisão.

Contribuição dos autores:

a) concepção e/ou desenho do estudo Mayara Davila Borges e Dayse Mary da Silva Correia; b) coleta, análise e interpretação dos dados Mayara Davila Borges e Dayse Mary da Silva Correia; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito Mayara Davila Borges, Dayse Mary da Silva Correia, Deyse Conceição Santoro Batista, Barbara Pompeu Christovam, Iuri Bastos Pereira e Fátima Helena do Espírito Santo; d) aprovação da versão final a ser publicada – Dayse Mary da Silva Correia).

Agradecimentos:

O presente estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo Programa de Bolsas de Mestrado Acadêmico.

REFERÊNCIAS

1. Mello GR, Erdmann AL, Magalhães AL. Sepsiscare: evaluation of a mobile application in nursing care to patients with sepsis. *Cogitare Enferm*. 2018;23(2):e52283.
2. Rocha PC, Mota OS, Oliveira CI. Prevalência de potenciais interações medicamentosas em uma unidade de terapia intensiva de Manaus-AM. *Rev Bras Farm*. 2014;95(3):909-23.
3. Faria LM, Cassiani SH. Medication interaction: knowledge of nurses in intensive care units. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(2):264-70.
4. Garske CC, Brixner B, Freitas AP, Schneider AP. Avaliação das interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Saúde Pesqui*. 2016 ;9(3):483-90.
5. Cedraz KN, Santos Junior MC. Identificação e caracterização de interações medicamentosas em prescrições médicas da unidade de terapia intensiva de um hospital público da cidade de Feira de Santana, BA. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2014;12(2):1-7.
6. Galdino JP, Silva ET, Elias FT. Oportunidades de formação em avaliação de tecnologias em saúde: mapeamento de cursos nacionais e internacionais. *Comum Ciênc Saúde*. 2016;27(3):203-10.
7. Alexandre NM, Coluci MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
8. Cunha DR, Dutra RA, Salomé GM, Ferreira LM. Construction of a multimedia application in a mobile platform for wound treatment with laser therapy. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018;12(5):1241-9.
9. Alves KM, Comassetto I, Oliveira EC, Gama GA, Maia GH, Santos KM. The knowledge of the nurse about care with potentially dangerous medicines. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2017;11(8):3186-9.
10. Camelo SH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(1):192-200.
11. Etelvino MA, Santos ND, Aguiar BG, Assis TG. Segurança do paciente: uma análise do aprazamento de medicamentos. *Enferm Foco*. 2019;10(4):87-92.
12. Souza MJ, Real DS, Cunha IC, Bohomol E. Práticas seguras para administração de medicamentos: construção e validação de instrumento. *Enferm Foco*. 2017;8(4):20-5.
13. Souza AF, Queiroz JC, Vieira AN, Solon LG, Bezerra EL. Os erros de medicação e os fatores de risco associados a sua prescrição. *Enferm Foco*. 2019;10(4):12-6.
14. Marini DC, Pinheiro JT, Rocha C. Avaliação dos erros de diluição de medicamentos de administração intravenosa em ambiente hospitalar para o desenvolvimento de um guia de diluição e administração dos mesmos. *Infarma*. 2016; 28(2):81-9.
15. Duarte SC, Stipp MA, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):144-54.
16. Stadler GP, Lunardi VL, Leal SM, Mancia JR, Alves PR, Viegas K. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva: implementação de protocolo de banho no leito para pacientes adultos críticos. *Enferm Foco*. 2019;10(7):109-14.

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DE CRIANÇAS ESCOLARES

Nelson Silva Rodrigues Júnior¹

Aline Raquel de Sousa Ibiapina²

Antônio Alberto Ibiapina Costa Filho²

Márcia Astrês Fernandes²

Ana Paula Cardoso Costa²

Layze Braz de Oliveira³

<https://orcid.org/0000-0001-8145-4562>

<https://orcid.org/0000-0003-1373-3564>

<https://orcid.org/0000-0002-2368-0526>

<https://orcid.org/0000-0001-9781-0752>

<https://orcid.org/0000-0002-1550-3685>

<https://orcid.org/0000-0001-7472-5213>

Objetivo: Identificar e analisar características comportamentais e emocionais de crianças escolares do ensino público.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal. Para a coleta dos dados aplicou-se o Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*), que permite aos pais e professores a identificação das características do desenvolvimento socioemocional das crianças.

Resultados: Entre os 387 alunos avaliados, a média de idade encontrada foi de 3,7 anos, com discreto predomínio masculino de 51,7%. A porcentagem de crianças na categoria de desenvolvimento anormal foi de 7,8%. Os cinco eixos mensurados pelo instrumento apresentaram desenvolvimento normal.

Conclusão: Evidenciou-se que as crianças possuem desenvolvimento satisfatório e possivelmente uma boa saúde mental.

Descritores: Psiquiatria infantil; Serviços de saúde escolar; Comportamento infantil

BEHAVIORAL AND EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF SCHOOL CHILDREN

Objective: To identify and to analyze behavioral and emotional characteristics of public school children.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study. For data collection we applied the *Strengths and Difficulties Questionnaire of Capacities and Difficulties*, which allows parents and teachers to identify the characteristics of their children's social and emotional development.

Results: Among the 387 students evaluated, the average age found was 3.7 years, with a slight male predominance of 51.7%. The percentage of children in the abnormal development category was 7.8%. The five axes measured by the instrument showed normal development.

Conclusion: It was evidenced that children have satisfactory development and possibly good mental health.

Keywords: Child psychiatry; School health services; Child behavior

CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMIENTO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS DE LA ESCUELA

Objetivo: Analizar las características conductuales y emocionales de los niños de escuelas públicas. **Métodos:** Este es un estudio descriptivo de corte transversal. Para la recolección de datos, aplicamos el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades de Capacidades y Dificultades, que permite a los padres y maestros identificar las características del desarrollo social y emocional de sus hijos.

Resultados: Entre los 387 estudiantes evaluados, la edad promedio fue de 3.7 años, con un ligero predominio masculino del 51.7%. El porcentaje de niños en la categoría de desarrollo anormal fue del 7.8%. Los cinco ejes medidos por el instrumento mostraron un desarrollo normal.

Conclusion: Se evidenció que los niños tienen un desarrollo satisfactorio y posiblemente una buena salud mental.

Descriptores: Psiquiatria Infantil; Servicios de Salud Escolar; Conducta Infantil

¹Hospital Universitário Presidente Dutra, Teresina, PI, Brasil.

²Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

³Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Ana Paula Cardoso Costa | Email: anapaulaccardoso@hotmail.com

Recebido: 22/03/2020 - Aceito: 02/01/2021

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde infantil é importante para qualquer sociedade¹, visto que esse ciclo de vida ocasiona um aumento da vulnerabilidade a adversidades físicas e mentais. Os problemas que mais afetam a saúde mental em idade escolar são os transtornos de conduta, emocionais de atenção e hiperatividade².

No intuito de dispor subsídio específico para o público infanto-juvenil foi criada a política de atenção à saúde mental. Os fatores que interferem na saúde mental desse público envolvem fatores genéticos, biológicos, psicossociais e ambientais³. Tais fatores causam impacto na vida cotidiana da população infantil e interferem no bem-estar biopsicossocial⁴.

Os percentuais de casos de transtornos mentais no contexto brasileiro envolvem aproximadamente 10 a 20% das crianças e, destas, 3 a 4% requerem tratamento intensivo. A dificuldade de identificação de transtornos menos agressivos pode subestimar a real magnitude desse macrocenário⁵.

Em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, as estimativas são ainda maiores, aproximadamente 13 a 20% das crianças têm um problema de saúde mental, com diagnóstico confirmado. Em contrapartida, as intervenções ainda são incipientes, com poucas ou nenhuma ajuda⁶.

Quando se trata de grupos vulneráveis, como jovens privados de liberdade e sem o aporte familiar, as intervenções aplicadas pelos profissionais ainda apresentam falhas tanto no contexto nacional quanto internacional. Autores propõem o alicerce entre as organizações que atendem crianças, incluindo centros de assistência à saúde pediátrica, escolas, agências de proteção à criança e justiça juvenil, como medida alvissareira para melhorar esse panorama⁷.

No âmbito brasileiro, as estratégias de ações que evoluem essa problemática atuam sobre os problemas mais graves de transtornos mentais que envolvem crianças e adolescentes. As intervenções são subsidiadas pelos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi). Entretanto, é premente salientar a importância da expansão das ações de detecção e intervenções dessa problemática que envolvem o emocional, a conduta, hiperatividade e relacionamento com os pares².

Nessa perspectiva, esse estudo teve como objetivo identificar e analisar características comportamentais e emocionais de crianças escolares do ensino público.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo censitário, descritivo, transversal, realizado em duas escolas localizadas na zona urbana de um município situado na região Nordeste do Brasil.

O estudo foi realizado no município Inhuma, localizado no Estado do Piauí. O município conta com uma população estimada de 15.308 habitantes, segundo o censo do ano de 2019⁸.

A pesquisa foi realizada em duas escolas públicas municipais da zona urbana do município, que atendem crianças da primeira infância (período de desenvolvimento compreendido de zero a seis anos de idade), totalizando 415 crianças, a saber:

Escola Municipal Arlindo Cipriano Leal: Antiga Unidade Escolar Cenecista Inhumense (CNEC), implantada no município em 1964 e municipalizada em 2001. A mesma é constituída de 324 alunos, distribuídos em creche, pré I e pré II, contando com 24 professores.

Escola Municipal João de Sousa Leal: Fundada em 1987, onde funcionou como rede estadual de ensino até 2012. Atualmente possui 91 alunos, distribuídos no primeiro ano que frequentam a escola, contando com 6 professores. A escola também recebe alunos do segundo e do terceiro ano.

O município além das escolas acima apresentadas possui, também na rede pública municipal de ensino, as escolas: Unidade Escolar João Amilton Ferreira (para alunos do 6º ao 9º ano), Escola Municipal Tia Neném Brito (para alunos do 4º ao 5º ano). A rede pública estadual é constituída das escolas: Unidade Escolar Antônio De Deus (para alunos do Ensino Fundamental Maior e ensino médio), Unidade Escolar Manoel Macêdo (para alunos do Ensino Fundamental Maior, ensino médio, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Alfabetização de Jovens e Adultos (AJA) e a Unidade Escola João de Deus Carvalho (Ensino médio e ensino profissionalizante).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, o município possui 2445 beneficiários do programa de transferência de renda do governo federal Bolsa Família. Um total de 3611 famílias são cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais- CadÚnico. Conclui-se, portanto, que uma porcentagem significativa dos municípios possui como fonte de renda apenas esses recursos.

A população foi contabilizada em 415 escolares. A amostra resultou em 387 crianças, na faixa etária entre três e seis anos, de ambos os gêneros, regularmente matriculados nas escolas que se desenvolveu a pesquisa. O estudo contou com a participação de 30 professores que abordaram as crianças.

Para os professores, adotou-se como critério de inclusão ministrar disciplinas para os escolares avaliados. Foram excluídos os professores inativos, coordenadores e diretores, por não terem o convívio diário, em sala de aula, com as crianças ao longo do ano.

Para as crianças, adotou-se como critérios de inclusão: estar regularmente matriculado na instituição de ensino e frequentar regularmente as aulas. Foram excluídas aquelas que possuíam mais de 25% de falta no período letivo. Destaca-se que todo o procedimento ocorreu após os responsáveis pelas crianças terem aceito participar do estudo e permitido a participação da criança. Tendo então assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As crianças autorizadas por seus responsáveis a participar do estudo apresentaram a anuência por meio da assinatura do Termo de Assentimento.

Envelopes fechados contendo o TCLE, o Termo de Assentimento, questionários e orientações da pesquisa foram entregues às crianças, na escola, para serem direcionados aos seus pais ou responsáveis e respondidos em casa. Depois que os documentos foram respondidos, os envelopes foram devolvidos aos professores e, então, entregues aos pesquisadores.

Os professores responderam aos questionários sobre as crianças cujos pais ou responsáveis haviam manifestado consentimento, autorizando-os a responder ao questionário, de acordo com as normas da ética em pesquisa. Os professores receberam de volta 387 termos relativos às crianças, cujos pais manifestaram consentimento.

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2018. A mesma foi constituída da aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ) pelos professores. O SDQ é um questionário estruturado e multidimensional, que aborda questões relativas à detecção de problemas relacionados à saúde mental infanto-juvenil. O SDQ é destinado aos pais e professores, para identificarem as características do desenvolvimento socioemocional das crianças. Esse questionário foi desenvolvido por Goodman, em 1994⁹, e validado no Brasil no ano 2000, por Fleitlich et al.¹⁰, com o objetivo de criar um instrumento de rotina, de fácil aplicação, para evidenciar risco de problemas de saúde mental.

O SDQ é composto por vinte e cinco itens, organizados em cinco escalas, cada uma composta por cinco itens, tendo cada item três opções de resposta (0 - "Não é verdade", 1 - "Pouco Verdade" e 2 - "Muito verdade"). Possui as seguintes subescalas: hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró-social. A soma das quatro subescalas de problemas (com exceção da escala de comportamento pró-social) permite calcular um total de dificuldades que pode variar entre zero e 40.

A soma de cada escala e a soma total permite a classificação da criança em três categorias: desenvolvimento

normal (DN), limítrofe (DL) ou anormal (DA). Na subescala comportamento pró-social, quanto maior a pontuação, menor é a quantidade de queixas. Nas outras subescalas (hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento), quanto maior a pontuação, maior o número de queixas.

O SDQ é um instrumento amplamente utilizado, de domínio público, encontrando-se gratuitamente disponível em mais de 40 idiomas, incluindo o português, no site <http://www.sdqinfo.com>. Nesta pesquisa foram utilizadas duas de suas versões unilaterais sem suplemento de impacto: O SDQ unilateral para pais ou educadores de 2-4 anos de idade e o SDQ unilateral para pais ou professores de crianças de 4 a 17 anos.

Para proceder este estudo foi realizada reunião com a direção e professores das duas escolas incluídas no estudo, apresentando-se os objetivos do trabalho, retirando as dúvidas e oferecendo maiores esclarecimentos inerentes à aplicação da escala.

Os dados foram submetidos ao processo de dupla digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel e, posteriormente, exportados e analisados no software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0.

A fim de caracterizar a amostra, foram realizadas estatísticas descritivas, como medidas de tendência central (frequência simples, média, intervalo mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio padrão). O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado nas variáveis numéricas contínuas, para verificação do pressuposto de normalidade. Para a análise inferencial entre os grupos, utilizou-se o Teste não paramétrico U de *Mann-Whitney*.

O presente estudo obedeceu a todos os preceitos éticos que regem uma pesquisa científica. Inicialmente obteve-se aprovação das escolas sede do estudo e, posteriormente foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, aprovado sob Parecer número 2.948.491, no ano de 2018. As crianças autorizadas por seus responsáveis a participarem do estudo manifestaram a anuência por meio da assinatura do Termo de Assentimento, o qual foi anexado ao TCLE mediante assinatura de seus pais e/ou responsáveis. Dessa forma, a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foi cumprida em sua integralidade.

RESULTADOS

Na tabela 1 é possível verificar que, entre os 387 alunos avaliados por seus respectivos professores, 278 (71,8%) apresentam idade menor que quatro anos, com discreto predomínio masculino (51,7%). A média da idade encontrada

foi de 3,7 anos, com variação mínima e máxima de três e seis anos, respectivamente, e desvio padrão de 1,2 anos.

Tabela 1. Distribuição descritiva do perfil dos estudantes de três a seis anos de escolas (n=387)

| | n(%) | Média | Mínimo | Máximo | Desvio padrão |
|--------------|-----------|-------|--------|--------|---------------|
| Faixa Etária | | | | | |
| ≤4 anos | 278(71,8) | 3,7 | 2,0 | 6,0 | 1,2 |
| > 4 anos | 109(28,2) | | | | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 200(51,7) | | | | |
| Feminino | 187(48,3) | | | | |

A tabela 2 faz uma análise descritiva dos atributos comportamentais e emocionais presentes no SDQ. Observou-se que, das 387 crianças, 54,5% foram classificadas em “verdadeiro” no item “atencioso”. Foram considerados como “falso” 69,3% dos estudados no item “inquieto durante atividades”, e 83,7% em “sintomas somáticos”. No item “ações prontamente”, 51,7% foram “verdadeiro”. Em “temperamentos” e “solitários”, a maioria foi “falso”, 67,4% e 84,5%, respectivamente. No quesito “obediente”, 59,9% foram classificados em “verdadeiro”, e em “preocupações”, 76% foram considerados “falsos”. Em “útil se alguém se machucar”, 43,9% foram “mais ou menos verdadeiro”. Para o item “agitado”, 79,8% foram classificados em “falso”. Quanto ao quesito “tem bons amigos”, foi “verdadeiro” para 71,3% da amostra. “Brigas ou valentões” foi “falso” para 74,4% das crianças, e “infeliz” para 75,5%. O item “geralmente gostam” foi “verdadeiro” para 63% da amostra. “Distrair-se facilmente” foi “falso” entre 50,1% dos investigados. Entre 48,6% da amostra o item “inseguro em novas situações” foi “falso”. Quanto a ser “gentil com crianças mais novas”, em 54% dos casos foi considerado “verdadeiro”. Para “argumentos e fraudes” 82,2% foram “falso”, e para “colhido ou intimidado”, 83,5%. Nos itens “muitas vezes voluntário” e “pensar antes de agir”, 50,6% e 51,4% foram classificados em “mais ou menos verdadeiro”, respectivamente. A maioria dos investigados foi classificada em “falso” nos quesitos “malicioso” (86%), “melhor com adulto do que com criança” (72,6%), e “assustado” (79,1%). No item “boa atenção”, 45% foram classificados em “mais ou menos verdadeiro”.

Em relação ao eixo de competência, sob o olhar dos professores ficou em evidência a presença do comportamento pró-social entre os alunos. Apresentando em 54% a atitude de ter consideração pelos sentimentos de outras pessoas (item 1).

Tabela 2. Análise descritiva das opções dos itens do SDQ em alunos de três a seis anos de escolas (n=387)

| | Falso | Mais ou menos verdadeiro | Verdadeiro |
|--|-----------|--------------------------|------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) |
| 1. Atencioso | 27(7) | 149(38,5) | 211(54,5) |
| 2. Inquieto durante atividades | 268(69,3) | 74(19,1) | 45(11,6) |
| 3. Sintomas Somáticos | 324(83,7) | 42(10,9) | 21(5,4) |
| 4. Ações prontamente | 26(6,7) | 161(41,6) | 200(51,7) |
| 5. Temperamentos | 261(67,4) | 86(22,2) | 40(10,3) |
| 6. Solitário | 327(84,5) | 52(13,4) | 8(2,1) |
| 7. Obediente | 35(9) | 120(31) | 232(59,9) |
| 8. Preocupações | 294(76) | 81(20,9) | 12(3,1) |
| 9. Útil se alguém se machucar | 62(16) | 170(43,9) | 155(40,1) |
| 10. Agitado | 309(79,8) | 50(12,9) | 28(7,2) |
| 11. Tem bons amigos | 26(6,7) | 85(22) | 276(71,3) |
| 12. Brigas ou Valentões | 288(74,4) | 69(17,8) | 30(7,8) |
| 13. Infeliz | 292(75,5) | 66(17,1) | 29(7,5) |
| 14. Geralmente gostam | 28(7,2) | 115(29,7) | 244(63) |
| 15. Distrair-se facilmente | 194(50,1) | 122(31,5) | 71(18,3) |
| 16. Inseguro em novas situações | 188(48,6) | 137(35,4) | 62(16) |
| 17. Gentil com crianças mais novas | 17(4,4) | 161(41,6) | 209(54) |
| 18. Argumentos ou Fraudes | 318(82,2) | 49(12,7) | 20(5,2) |
| 19. Colhido ou intimidado | 323(83,5) | 55(14,2) | 9(2,3) |
| 20. Muitas vezes Voluntário | 51(13,2) | 196(50,6) | 140(36,2) |
| 21. Pensar antes de agir | 58(15) | 199(51,4) | 130(33,6) |
| 22. Malicioso | 333(86) | 43(11,1) | 11(2,8) |
| 23. Melhor com adulto do que com criança | 281(72,6) | 94(24,3) | 12(3,1) |
| 24. Assustado | 306(79,1) | 59(15,2) | 22(5,7) |
| 25. Boa atenção | 104(26,8) | 174(45) | 109(28,2) |

Apresentam-se na tabela 3 os resultados das médias de cada subescala avaliada pelo SDQ. Convém ressaltar que na subescala problemas no comportamento pró-social, uma pontuação alta indica menos problemas, enquanto nas outras subescalas, quanto maior a pontuação, maior o índice de queixas. Seguindo os valores normativos apresentados na metodologia, pode-se inferir que os cinco eixos avaliados apresentaram um desenvolvimento normal. Observa-se que não há uma

taxa de prevalência de problemas de saúde mental infantil no presente estudo, expressa pelo Total de Dificuldades, que representa a pontuação geral do SDQ. Segundo a percepção dos professores, a média de 9,30 encontra-se dentro dos níveis de normalidade, cuja média varia entre zero e 11.

Tabela 3. Distribuição descritiva dos escores das escalas do SDQ, segundo avaliação dos alunos de três a seis anos (n=387)

| | Média | Mínimo | Máximo | Desvio padrão |
|-----------------------------|-------|--------|--------|---------------|
| Sintomas Emocionais | 1,75 | 0,00 | 9,00 | 1,91 |
| Problemas de Conduta | 1,65 | 0,00 | 10,00 | 2,21 |
| Hiperatividade | 3,29 | 0,00 | 10,00 | 2,42 |
| Problemas de Relacionamento | 2,58 | 0,00 | 6,00 | 1,15 |
| Comportamento Pró-Social | 6,89 | 0,00 | 10,00 | 2,35 |
| Total De Dificuldades | 9,30 | 0,00 | 28,00 | 5,72 |

Observa-se na tabela 4 a distribuição de alunos em cada nível das subescalas avaliadas pelo instrumento. Houve uma prevalência de desenvolvimento normal das crianças, sobretudo na subescala de sintomas emocionais, com 94,3% de índice de normalidade. De forma geral, as subescalas com maior porcentagem de crianças na categoria de desenvolvimento anormal foram as de comportamento pró-social (14,7%) e de hiperatividade (10,3%).

A prevalência de problemas de saúde mental infantil, expressa pelo Total de Dificuldades, foi de 7,8%. A partir desse resultado presume-se que esse percentual de crianças apresenta anormalidade na saúde mental, podendo indicar a necessidade de intervenção especializada.

Tabela 4. Distribuição descritiva da classificação das escalas do SDQ, em alunos de três a seis anos (n=387)

| | Normal n(%) | Limitrofe n(%) | Anormal n(%) |
|-----------------------------|----------------|-------------------|-----------------|
| Sintomas Emocionais | 365(94,3) | 14(3,6) | 8(2,1) |
| Problemas de Conduta | 321(83,2) | 26(6,7) | 39(10,1) |
| Hiperatividade | 325(84) | 22(5,7) | 40(10,3) |
| Problemas de Relacionamento | 307(79,3) | 73(18,9) | 7(1,8) |
| Comportamento pró-social | 273(70,5) | 57(14,7) | 57(14,7) |
| Total de Dificuldades | 335(86,8) | 21(5,4) | 30(7,8) |

DISCUSSÃO

Nesse estudo, uma população de crianças foi avaliada por seus professores, a partir das suas manifestações

emocionais e comportamentais, evidenciadas no ambiente escolar. Observa-se que as pesquisas publicadas utilizando o SDQ abrangem vários períodos do desenvolvimento (pré-escolar, escolar e adolescência). A exemplo, destaca-se um estudo realizado no ano de 2015, que abordou a violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes de 4 a 16 anos¹¹. Outra pesquisa investigou os aspectos temporais auditivos de crianças de 7 a 12 anos de idade com mau desempenho escolar e a associação com aspectos comportamentais¹². Essa amplitude de faixas etárias e públicos avaliados confirma a validade de aplicação do SDQ sob diversas possibilidades e contextos¹³.

Em relação ao sexo, os dados deste estudo vão ao encontro de outros estudos. O predomínio de crianças do sexo masculino também foi encontrado em publicação científica que estudou o estado de saúde mental de crianças que trabalham nas ruas da cidade de São Paulo, inseridas em um programa psicossocial (58,7%)¹⁴. Outra pesquisa com este mesmo achado analisou as correlações entre sintomas psiquiátricos do cuidador e psicopatologia da criança em um ambiente de baixa renda (51,8%)¹⁵.

Na Tabela 2, dentre os itens de sintomas emocionais destaca-se o número 16: "Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo", que houve 16% assinalados como verdadeiro. A literatura afirma que insegurança e a dificuldade que a criança tem de regular suas próprias emoções, são maiores entre os escolares, pois este é o período do aumento da aquisição de habilidades para regulação emocional, o que é fundamental ao desenvolvimento adaptativo da criança¹⁶.

Em relação à subescala de problemas de conduta, 10% afirmam que as crianças "Frequentemente têm acessos de raiva ou crises de birra" (item 5). As birras são uma manifestação que caracteriza um desenvolvimento psicoafetivo normal da criança. Contudo as birras incontroláveis, assim como a agressividade excessiva e os estados de agitação, constituem um dos principais motivos de demandas psiquiátricas na primeira infância¹⁷.

Na subescala de sinais de hiperatividade o item 15, "Facilmente perde a concentração" foi observado em 18% das crianças. Destaca-se que as crianças na idade pré-escolar têm uma grande curiosidade acerca do mundo, perdem a concentração facilmente e têm uma imaginação sem limites¹⁸.

No que se refere à questão de problemas de relacionamento com os colegas, não foi evidenciado dificuldades de relacionamentos; visto que a maioria "Tem pelo menos um bom amigo ou amiga" (71%), item 11, e "Em geral, é querido por outras crianças" (63%), item 14. No período pré-escolar

as crianças já identificam de uma forma consistente o seu melhor amigo, e este tende a ser facilmente identificado pelos adultos (pais, educadoras, etc.). É com o seu melhor amigo que a criança em idade pré-escolar passa grande parte do seu tempo, desenvolvendo trocas sociais positivas e negativas¹⁹.

Quanto aos resultados apresentados pela Tabela 3, as características mais relatadas pelos professores referem-se à hiperatividade, enquanto os problemas de conduta foram os menos referidos. Estudo de intervenção verificou, em sua avaliação inicial, que o comportamento pró-social e hiperatividade foram os mais prevalentes entre as crianças estudadas, enquanto os problemas de relacionamento foram os menos identificados²⁰.

Estudo internacional, que avaliou a precisão do diagnóstico de hiperatividade em crianças pelo SDQ, ressalta a importância de avaliar e detectar esse problema durante a infância, visto que pode se associar ao risco aumentado de falha educacional, problemas sociais, entre outras adversidades, na vida adulta²¹.

No que diz respeito à Tabela 4, a prevalência de crianças com escore anormal, indicando escore "clínico" para a saúde mental, aponta um índice de prevalência consideravelmente inferior ao que tem sido encontrado em estudos nacionais, os quais têm indicado taxas de prevalência de até 43%²².

Pesquisa de intervenção realizada com crianças observou que, no pré-teste, o somatório de dificuldades atingia percentual de 13,7. Após realização da intervenção, no pós-teste, evidenciou-se diminuição nos escores de hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de relacionamento e problemas de conduta, com consequente diminuição do somatório de dificuldades²³.

Dentre as limitações do estudo, coloca-se a pouca diversidade de fontes de informação, pois utilizou-se apenas dos professores como fonte de informação para os problemas comportamentais das crianças, e a literatura tem apontado a importância de se utilizar múltiplos informantes, como familiares e as próprias crianças. Existe uma tendência de professores avaliarem positivamente seus alunos, ou mesmo de forma superficial, por não terem

parâmetros suficientes de avaliação, necessários para responder algumas das perguntas existentes no SDQ.

O estudo traz a oportunidade de atualização para profissionais e pesquisadores da área de saúde pública, com vistas à melhor atuação e prestação de cuidados ampliados ao público infantil. Possui relevância, especialmente para profissionais da Atenção Primária em Saúde, que desenvolvem rotineiramente estratégias e programas direcionados ao público escolar. As informações levantadas servem como subsídio para a equipe multidisciplinar atuante na atenção básica.

CONCLUSÃO

A pesquisa mostrou-se eficiente por rastrear possíveis problemas de saúde mental em escolares, oferecendo elementos necessários para se viabilizarem intervenções especializadas, sobretudo àqueles que se enquadram na categoria "clínica", sugestiva de presença de alteração de foro psicológico e/ou psiquiátrico. Ressalta-se que os resultados encontrados pelo SDQ não tratam de diagnósticos de "alunos com problema", mas contribuem na complementação de informações, como meio de prevenção e principalmente como estratégia para elaboração de condutas com a crianças em ambiente escolar.

Contribuições dos autores:

Nelson Silva Rodrigues Júnior - concepção e/ou desenho do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Aline Raquel de Sousa Ibiapina - concepção e/ou desenho do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Antônio Alberto Costa Ibiapina Filho - concepção e/ou desenho do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; aprovação da versão final a ser publicada. Márcia Astrês Fernandes - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Ana Paula Cardoso Costa - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Layze Braz de Oliveira - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Shin H, Lee SJ, Lee YN, Shon S. Community health needs assessment for a child health promotion program in Kyrgyzstan. *Eval. Program Plann.* 2019;74:1-9.
2. Matos MB, Cruz AC, Dumith SC, Dias NC, Carret RB, Quevedo LA. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(7):2157-63.
3. Couto MC, Delgado PG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol Clin.* 2015;27(1):17-40.
4. Pearce A, Dundas R, Whitehead M, Taylor-Robinson D. Pathways to inequalities in child health. *Arch Dis Child.* 2019;104(10):998-1003.

5. Gomes FM, Cintra AM, Ricas J, Vecchia MD. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saúde Soc.* 2015;24(1):244-58.
6. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC, et al. Mental health surveillance among children, United States, 2005-2011. *MMWR Suppl.* 2013;62(2):1-35.
7. Delaney KR, Karnik NS. Building a child mental health workforce for the 21st century: closing the training gap. *J Prof Nurs.* 2019;35(2):133-7.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população e das Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado 2020 Jan 11]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock
9. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(11):1337-45.
10. Fleitlich B, Cortázar PG, Goodman R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc.* 2000;8(1):44-50.
11. Hildebrand NA, Celeri EH, Morcillo AM, Zanolli ML. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicol Reflex Crit.* 2015;28(2):213-21.
12. Rezende BA, Lemos SM, Medeiros AM. Aspectos temporais auditivos de crianças com mau desempenho escolar e fatores associados. *CoDAS.* 2016;28(3):226-33.
13. Nielsen LG, Rimvall MK, Clemmensen L, Munkholm A, Elberling H, Olsen EM, et al. The predictive validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool age to identify mental disorders in preadolescence. *PLoS One.* 2019;14(6):e0217707.
14. Hoffmann EV, Duarte CS, Fossaluza V, Milani AC, Maciel MR, Mello MF, et al. Mental health of children who work on the streets in Brazil after enrollment in a psychosocial program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(1):55-63.
15. Matsuzaka CT, Wainberg ML, Pala AN, Hoffmann EV, Coimbra BM, Braga RF, et al. Correlations between caregiver psychiatric symptoms and offspring psychopathology in a low-resource setting. *Rev Bras Psiquiatr.* 2018;40(1):56-62.
16. Silk JS, Shaw DS, Skuban EM, Oland AA, Kovacs M. Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(1):69-78.
17. Queirós O, Goldschmidt T, Almeida S, Gonçalves MJ. O outro lado das birras: alterações de comportamento na 1.ª infância. *Anál Psicol.* 2003;21(1):95-102.
18. Gelman DL. Design for kids - digital products for playing and learning. New York: Rosenfeld Media; 2014.
19. Rubin KH, Bowker JC, McDonald KL, Menzer M. Peer interactions, relationships and groups. In: Damon W, Lerner RM, Kuhn D, Siegler RS, Eisenberg N, editors. *Child and adolescent development: an advanced course.* Hoboken: John Wiley & Sons; 2008. p. 141-80.
20. Braga M, Pereira D, Simões C. Aprendizagem socioemocional: a intervenção psicomotora em meio escolar para redução de problemas de comportamento e melhoria das competências acadêmicas. *J Child Adolesc Psychol.* 2016;7(1-2):377-96.
21. Overgaard KR, Madsen KB, Oerbeck B, Friis S, Obel C. The predictive validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire for child attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28(5):625-33.
22. Cid MF, Matsukura TS. Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2014;25(1):1-10.
23. Ignachewski CL, Batista AP, Toni CG, Pavoski GT. Capacidades e dificuldades socioemocionais de crianças antes e após a participação no método FRIENDS. *Rev Psicol Saúde.* 2019;11(3):111-23.