



Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



VOLUME 11, NÚMERO 6

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 sanduiche na Kent State University College of Nursing (EUA). É Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde - GEPADES da UFSC. É Coordenador de Divulgação e Visibilidade do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro associado da Mixed Methods International Research Association (MMIRA) e Board Member do Forum for Shared Governance. Realiza pesquisas na área de Gestão e Gerenciamento em Enfermagem e Saúde.



Neyson Pinheiro Freire

Editor de Comunicação e Publicação

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

06

Editorial

RUMOS DA ENFERMAGEM EM TEMPOS DE INCERTEZAS

Manoel Carlos Neri da Silva

07

ARTIGO 1 - Original

CARACTERIZAÇÃO DAS CAUSAS EXTERNAS ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Magda Milleyde de Sousa Lima, Francisco José Magalhães Brandão, Dariane Veríssimo de Araújo, Joselany Áfio Caetano, Livia Moreira Barros

14

ARTIGO 2 - Revisão Integrativa

A SAÚDE MENTAL DO ENFERMEIRO FRENTE À PANDEMIA COVID-19

Liciane da Silva Costa Dresch, Tiago Sousa Paiva, Ivete Iara Gois de Moraes, André Luis Leite de Figueiredo Sales, Cristianne Maria Famer Rocha

21

ARTIGO 3 - Original

FATORES ASSOCIADOS À REMOÇÃO DO DISPOSITIVO DE ACESSO VASCULAR PERIFÉRICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

Juliana Bastoni da Silva, Valdemar Franco Cabrera, Thais Paulino do Prado, Sidianny Mendes Pimentel, Leidiene Ferreira Santos

28

ARTIGO 4 - Original

PARIR E NASCER EM CASA: VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Ana Isabella Sousa Almeida, Carla Luzia França de Araújo

35

ARTIGO 5 - Original

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DO PARTO HUMANIZADO

Irisvanda de Sousa Barbosa, Ana Maria Martins Pereira, Nicolau da Costa, Sibeles Lima da Costa Dantas, Diego Jorge Maia Lima, Antonia de Maria Gomes Paiva

42

ARTIGO 6 - Relato de Experiência

ENTENDENDO O CÂNCER DE MAMA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Caroline da Silva Lourenço, Luiza Csordas Peixinho Silva, Gabriela Marini Laviola, Débora Salles, Juliana de Lima Lopes, Angéla Flávia Logullo Waitzberg, Ricardo Artigiani Neto, Andréa Cristina de Moraes Malinverni

48

ARTIGO 7 - Revisão Integrativa

PRÁTICAS COMPLEMENTARES AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA INFANTIL

Ádria Lorena Oliveira Viana, Aline Barbosa da Silva, Keyla Beatriz Barradas de Lima, Marcelo Valente de Souza, Verena Gabriela Ribeiro Borges

57

ARTIGO 8 - Original

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE HIGIENE BUCAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Marina Monteiro, Andréia Bendine Gastaldi, Juliana Helena Montezeli, Carolina Rodrigues Milhorini, Aline Franco da Rocha

64

ARTIGO 9 - Original

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ACERCA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Paloma Horbach da Rosa, Luis Calvo Pereira, Silomar Ilha, Claudia Zamberlan, Karine de Freitas Cáceres Machado

72

ARTIGO 10 - Original

VULNERABILIDADE FUNCIONAL E QUEDA DE IDOSOS: QUAIS FATORES ESTÃO ASSOCIADOS?

Isabelle Iosif Rodrigues, Marcia Regina Martins Alvarenga

78

ARTIGO 11 - Original

PRODUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À SAÚDE DE HOMENS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: DISCURSO COLETIVO

Naomy Safira Batista da Silva, Anderson Reis de Sousa, Kelane Borges Rocha de Souza, Josias Alves de Oliveira, Álvaro Pereira

85

ARTIGO 12 - Relato de Experiência

CICLO DE SUPERVISÃO DE PETER NICKLIN NUM CENÁRIO DE ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Regina Pires, Catarina Sousa, Sílvia Ribeiro, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Margarida Reis Santos

92

ARTIGO 13 - Revisão Integrativa

EFEITOS DO USO DO CRACK E COCAÍNA DURANTE A GESTAÇÃO PARA O RECÉM-NASCIDO

Gabriela Maciel dos Reis, Fabiana Ramos de Menezes, Danúbia Mariane Barbosa Jardim

101

ARTIGO 14 - Original

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL SOBRE PACIENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Marcio Roberto Paes, Rafaela Mildemberg, Edineia Miranda Machado, Jaqueline Vieira Schultz, Miriam Aparecida Nimtz

108

ARTIGO 15 - Original

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DO USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Juliana Bordoni Canêz, Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz, Tuize Damé Hense, Kaiane Passos Teixeira, Viviane Marten Milbrath

115

ARTIGO 16 - Original

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA SOBRE A TUBERCULOSE

Daniel Gomes de Lima, Karine Nascimento da Silva, Tacyla Geyce Freire Muniz Januário, Andreza de Lima Rodrigues, Jeane Lima Cavalcante, Edílma Gomes Rocha Cavalcante

120

ARTIGO 17 - Original

INFRAÇÕES ÉTICAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA

Mayara Cândida Pereira, Thais Vilela Sousa, Iel Marciano de Moraes Filho, Dirce Bellezi Guilhem, Joyce Souza Lemes, Maria Liz Cunha de Oliveira

126

ARTIGO 18 - Original

RISCO DE INFECÇÃO E MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL: DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Isabelle Maure Pezzin, Mirian Fioresi, Lorena Barros Furieri, Walckiria Garcia Romero, Bruno Henrique Fiorin, Andressa Bolsoni-Lopes

135

ARTIGO 19 - Original

VIOLÊNCIA FÍSICA, ABUSO VERBAL E ASSÉDIO SEXUAL SOFRIDOS POR ENFERMEIROS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Aline Coutinho Sento Sé, Wiliam César Alves Machado, Paulo Sérgio da Silva, Joanir Pereira Passos, Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, Teresa Tonini, Raquel Calado da Silva Gonçalves, Nêbia Maria Almeida de Figueiredo

143

ARTIGO 20 - Original

PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES QUE DESEMPENHARAM PAPÉIS DE PACIENTES SIMULADOS (ROLE PLAY) EM ATIVIDADES CLÍNICAS SIMULADAS

Paulo Eduardo de Souza Crescêncio, Vander Monteiro da Conceição, Rafael Arruda Alves, Raphael Raniere de Oliveira Costa, Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida, Alessandra Mazzo

151

ARTIGO 21 - Original

HIV/AIDS E A TRANSMISSÃO VERTICAL: COMPREENSÃO DE GESTANTES SORO POSITIVAS

Gabriela Campos de Freitas Ferreira, Juliette Nobre dos Santos Silva, Karina De Oliveira Freitas, Esleane Vilela Vasconcelos, Danielle Saraiva Tuma dos Reis

157

ARTIGO 22 - Original

ASPECTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONALIZADA

Elys Oliveira Bezerra, Ismael Brioso Bastos, Ana Karoline Barros Bezerra, Priscila de Vasconcelos Monteiro, Maria Lúcia Duarte Pereira

165

ARTIGO 23 - Original

COTIDIANO DE HOMENS COM ÚLCERA DE PERNA EM USO DE BOTA DE UNNA

Laiane Silva Pinheiro, Vera Lúcia Galindo da Silva, Wellington Caribé Santana, Anderson Reis de Sousa, Oscar Javier Vergara Escobar, Álvaro Pereira, Evanilda Souza de Santana Carvalho

172

ARTIGO 24 - Original

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Ellen Nogueira da Silva, Andressa Midori Sakai, Celita Salmaso Trelha, Marcos Aparecido Sarria Cabrera, Mara Solange Gomes Dellaroza

179

ARTIGO 25 - Relato de Experiência

DUPLA DIPLOMAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO CONTEXTO BRASIL E PORTUGAL

Mayara da Ventura Barbosa, Geovana Pflieger, Jeferson Rodrigues, Rosani Ramos Macchado, Marina Montezuma Vaquinhas

185

ARTIGO 26 - Original

ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS COM DIABETES MELLITUS TIPO I

Éverton Fernandes de Araújo, Anna Luisa Torres Ribeiro, Isla Vitória Oliveira Sousa de Pinho, Manuela Costa Melo, Verônica Jacomini de Abreu, Érika Tayná de Souza Nascimento, Luz Marina Alfonso Dutra, Caren Castelar Queiroz

102

ARTIGO 27 - Original

CONHECIMENTOS DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL SOBRE OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO

Andressa Lima de Jonge, Alexia dos Santos Martins, Hisabela Marinheiro dos Santos, Andressa Silva Torres dos Santos, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Laura Johanson da Silva

199

ARTIGO 28 - Original

RISCO DE QUEDA NO PERIOPERATÓRIO: VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Olga Benário Batista de Melo Chaves, Jacira dos Santos Oliveira, Simone Helena dos Santos Oliveira, Maria Auxiliadora Pereira, Iolanda Beserra da Costa Santos, Natana de Moraes Ramos

207

ARTIGO 29 - Revisão de Escopo

CONTAMINAÇÃO DE CELULARES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Fernanda Loureiro de Moura, Érica Brandão de Moraes, Julia Darte Martins, Deise Ferreira de Souza, Maritza Consuelo Ortiz Sanches

214

ARTIGO 30 - Original

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM ENTRE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Rinaldo de Souza Neves, Flávia Santos Melo, Maria Laudelina de Assis Marques

222

ERRATAS

RUMOS DA ENFERMAGEM EM TEMPOS DE INCERTEZAS

Manoel Carlos Neri da Silva¹ <https://orcid.org/0000-0002-3923-7473>

¹Presidente do COFEN na gestão 2017-2020.

Um agradecimento. É com estas palavras que gostaria de iniciar este último Editorial que tenho o prazer e a honra de escrever como Diretor-presidente da Revista Científica Enfermagem em Foco.

Agradeço à equipe editorial da revista, aos autores e a cada profissional que atua na assistência, para quem este periódico também se dirige. A atuação de vocês, o comprometimento e a dedicação em momentos difíceis, tornam possível manter e ampliar a Revista Enfermagem em Foco.

Em 2020, nossa gestão foi surpreendida por uma repentina pandemia global, sem precedentes nos últimos anos. Gerir o Cofen é um grande desafio. É preciso tomar decisões rápidas, assertivas. Diante da escabrosa insuficiência de Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs), aprovamos a compra emergencial de máscaras N-95/PPF2, distribuídas aos profissionais de Enfermagem na linha de frente, enquanto acionávamos a Justiça e os gestores para garantir condições mínimas de segurança e trabalho, redimensionar as equipes, afastar os profissionais do grupo de risco das funções que exigiam contato direto com os pacientes de covid-19, para garantir a testagem e o fornecimento adequado de EPIs.

Oferecemos cursos de atualização para 300 mil profissionais de Enfermagem, com foco na biossegurança e cuidado a pacientes críticos da covid-19. Aprovamos normativas, atualizamos diretrizes, monitoramos, desde o início da pandemia a situação dos profissionais de Enfermagem, recebemos mais de 8 mil denúncias, com fiscalização e levantamento da situação em mais de 9 mil instituições de saúde no país.

A Covid-19 trouxe impacto nas vidas das pessoas em nível global, chamando a atenção pelo alcance que teve e pela velocidade com a qual se disseminou. Ao enfrentar a pandemia de Covid-19, demos lugar prioritário aos profissionais de Enfermagem que, com espírito heroico, atuaram nas linhas de frente do combate do novo coronavírus, com tenacidade em cada posto, assumindo a responsabilidade de tudo superar, dificuldades menores e as maiores, sacrifícios e bravura, e tocantes momentos de socorro solidário e mútuo. Com solidariedade e resiliência, vamos escrevendo um novo capítulo da história da profissão.

A Enfermagem esteve em evidência, como nunca antes, trazendo luz para lutas históricas da profissão e para sua presença constante ao lado da população, promovendo a Saúde da infância à velhice, prevenindo doenças, trazendo conforto e cuidado aos enfermos.

Nós, do Cofen, temos orgulho em participar destas conquistas, trazendo à luz informações, dados e subsídios técnicos para uma atuação cada vez mais eficiente. Fortalecemos a fiscalização, apoiando os Conselhos Regionais em sua logística e estruturação, e na consor-

ciação de ações integradas. Esse trabalho se intensificou durante a pandemia, somando levantamentos situacionais feitos junto aos responsáveis técnicos às ações de fiscalização *in loco*, de modo a trazer mais segurança para os profissionais e a população assistida.

Conquistamos, na Justiça, vitórias como a revogação da portaria do MS sobre serviços de assistência à Saúde Mental, com a manutenção da presença obrigatória do enfermeiro supervisor, a manutenção das equipes mínimas necessárias à hemodiálise, além do direito à realização de testes para a detecção de covid-19.

Também derrotamos o corporativismo médico, conquistando a regulamentação da Enfermagem Estética, campo de atuação de milhares de enfermeiros especializados. Mantivemo-nos firmes na manutenção de prerrogativas referentes a vacinação, dispensação de medicamento, tratamento de feridas, entre outros. Fortalecemos a Enfermagem Obstétrica, com novos marcos técnicos e normativos, e vitórias judiciais sobre as tentativas de cercear a atuação profissional. A regulamentação dos consultórios de Enfermagem é outro marco importante para a consolidação da profissão em sua plenitude.

Lançamos o maior programa de apoio ao Mestrado Profissional do país (Profen). Fruto do nosso compromisso com a ciência, com a formação profissional e com o Sistema Único de Saúde, o programa é uma parceria do Cofen e da Capes/MEC (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes), que visa a formação de 500 mestres em cinco anos, todos atuando diretamente na assistência à Saúde. Os egressos das primeiras turmas já estão implementando e publicando resultados de seus trabalhos, com impacto na assistência.

Ao longo de seis anos, enfrentamos diversos desafios, mas seguimos, e temos hoje um Sistema Cofen/Conselhos Regionais mais forte e estruturado. Não é um momento de acomodação. Seguimos nos reinventando, para cumprir nossa missão precípua de fiscalização do exercício profissional e fortalecimento da Enfermagem.

Ainda temos longo caminho à frente na prevenção e no controle da Covid-19. O Brasil já ultrapassa 196 mil mortos. Somamo-nos às vozes em defesa da vacinação, da estruturação do SUS, na certeza de que a participação social, um dos pilares do SUS, é essencial para efetivar as políticas públicas de Saúde. A Enfermagem tem um papel fundamental no controle desta pandemia.

Encerramos nossa gestão com a certeza de termos cumprido uma missão. Foi um trabalho árduo, mas os resultados foram alcançados. Sigamos. *Navegar é preciso, viver não é preciso*. É no caminho que vamos refazendo o mapa, detalhando-o, descobrindo caminhos e soluções. Não deixaremos de buscar uma Saúde pública, gratuita e de qualidade, com uma Enfermagem de excelência, fortalecida e valorizada.

CARACTERIZAÇÃO DAS CAUSAS EXTERNAS ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Magda Milleyde de Sousa Lima¹

Francisco José Magalhães Brandão²

Darlane Veríssimo de Araújo²

Joselany Áfio Caetano¹

Livia Moreira Barros³

<https://orcid.org/0000-0001-5763-8791>

<https://orcid.org/0000-0002-5049-9845>

<https://orcid.org/0000-0001-5459-9678>

<https://orcid.org/0000-0002-0807-056X>

<https://orcid.org/0000-0002-0174-2255>

Objetivo: Analisar o perfil dos atendimentos por causas externas do serviço de atendimento móvel de urgência. **Métodos:** Estudo documental, retrospectivo e quantitativo, realizado no serviço de atendimento móvel de urgência, no noroeste do Ceará, por meio da análise de 2251 fichas de atendimentos no período de novembro de 2017 a outubro de 2018. Os dados foram analisados pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24. **Resultados:** Houve o predomínio de homens (68,6%), com idade entre 20 a 49 anos (62,0%), não apresentando hálito etílico (72,4%). As principais causas externas foram quedas com taxa de 50,2% entre mulheres e 41,9% entre homens, seguido de colisões com taxa de 28,9% entre mulheres e 31% entre homens. Os meses predominantes foram junho (10,2%), abril (8,8%) e dezembro (8,8%). O principal veículo utilizado foram ambulâncias de suporte básico (87,5%), com destino ao hospital de traumatologia (86,3%), com tempo resposta de 7,81 minutos para o local da ocorrência. **Conclusão:** O atendimento pré-hospitalar realizado pelo serviço móvel apresenta um perfil específico relacionado ao sexo, faixa etária, queixa principal e tempo resposta durante a assistência de vítimas de causas externas.

Descritores: Assistência pré-hospitalar; Emergências; Perfil de saúde.

CHARACTERIZATION OF EXTERNAL CAUSES ASSISTED BY THE MOBILE EMERGENCY SERVICE

Objective: To analyze the profile of calls for external causes of the mobile emergency service. **Methods:** Documentary, retrospective and quantitative study, carried out in the mobile emergency care service, in northwestern Ceará, through the analysis of 2251 attendance records from November 2017 to October 2018. The data were analyzed using the Statistical software Package for the Social Sciences (SPSS), version 24. **Results:** There was a predominance of men (68.6%), aged between 20 and 49 years (62.0%), with no ethyl breath (72.4%). The main external causes were falls with a rate of 50.2% among women and 41.9% among men, followed by collisions with a rate of 28.9% among women and 31% among men. The predominant months were June (10.2%), April (8.8%) and December (8.8%). The main vehicle used was basic support ambulances (87.5%), destined for the trauma hospital (86.3%), with a response time of 7.81 minutes to the place of the occurrence. **Conclusion:** The prehospital care provided by the mobile service has a specific profile related to sex, age group, main complaint and response time when assisting victims of external causes.

Descriptors: Prehospital care; Emergencies; Health profile.

CARACTERIZACIÓN DE CAUSAS EXTERNAS ASISTIDAS POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA MÓVIL

Objetivo: Analizar el perfil de llamadas por causas externas del servicio de emergencia móvil. **Métodos:** Estudio documental, retrospectivo y cuantitativo, realizado en el servicio móvil de atención de emergencias, en el noroeste de Ceará, mediante el análisis de 2251 registros de asistencia desde noviembre de 2017 a octubre de 2018. Los datos fueron analizados mediante el software estadístico Paquete para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 24. **Resultados:** Predominó el sexo masculino (68,6%), con edades comprendidas entre 20 y 49 años (62,0%), sin aliento etílico (72,4%). Las principales causas externas fueron las caídas con una tasa del 50,2% entre las mujeres y el 41,9% entre los hombres, seguidas de las colisiones con una tasa del 28,9% entre las mujeres y el 31% entre los hombres. Los meses predominantes fueron junio (10,2%), abril (8,8%) y diciembre (8,8%). El principal vehículo utilizado fueron las ambulancias de apoyo básico (87,5%), con destino al hospital de traumatología (86,3%), con un tiempo de respuesta de 7,81 minutos al lugar del hecho. **Conclusión:** La atención prehospitalaria que brinda el servicio móvil tiene un perfil específico relacionado con el sexo, el grupo de edad, la queja principal y el tiempo de respuesta en la atención a víctimas de causas externas.

Descriptores: Atención prehospitalaria; Urgencias médicas; Perfil de salud.

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

²Universidade Estadual vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

³Universidade da Integração Internacional da Lusofania Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

Autor correspondente: Magda Milleyde de Sousa Lima | E-mail: limamilleyde@gmail.com

Recebido: 22/03/2020 - Aceito: 02/01/2021

INTRODUÇÃO

As causas externas se constituem um desafio para a saúde pública, aumentando o crescimento de hospitalizações, que resulta em maiores custos financeiros e complicações nas lesões de trauma, como também, incapacidades físicas e mortes¹.

De acordo com a literatura, elas ocupam o segundo grupo de mortes evitáveis, apresentando aumento anual de 1,1 e 1,0% nas regiões Nordeste e Norte, tendo como principais fatores as agressões, acidentes de trânsito e lesões autoprovocadas, sobretudo entre adultos jovens, do sexo masculino em idade economicamente ativa².

Esse aumento na demanda de atendimento representa um dos grandes problemas existentes nos serviços de saúde, pois os setores de urgência e emergência ainda se apresentam como um ambiente assimétrico, complexo e com muitos desafios, relacionados a sobrecarga dos profissionais, estresse e desgaste, corroborando para na produção do cuidado³.

Diante deste cenário, em 2011, foi publicada a Portaria No. 1.600, que instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS, que tem a finalidade de realizar a articulação de todos os equipamentos de saúde através da ampliação e da qualificação do acesso integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma ágil e resolutiva, tendo como um dos componentes o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)⁴.

O impulso da implantação do SAMU deu-se a partir de 2003, sendo considerado uma estratégia de atendimento pré-hospitalar às urgências no Brasil, tornando-se um serviço imprescindível na redução da morbidade e mortalidade por causas externas. Neste cenário, um dos principais indicadores de qualidade do serviço é a avaliação do tempo-resposta das ambulâncias, pois o intervalo entre o acionamento da equipe e a chegada em cena influenciam na sobrevivência dos pacientes⁵.

A assistência aos pacientes é realizada por meio das ambulâncias do tipo USB (Unidades de Suporte Básico) e USA (Unidade de Suporte Avançado), ambas possuem recursos tecnológicos e profissionais treinados para atuar no âmbito pré-hospitalar⁵.

O enfermeiro, como parte da equipe do SAMU, em sua atuação em atendimento pré-hospitalar, exerce funções de assistência às vítimas com agravamento à saúde em ambientes extra-hospitalares, como auxílio em reanimações, estabilização do quadro clínico, avaliação de prioridades, assim como também executa, cargos de gestão e administração na base do SAMU, como a responsabilidade de serviço burocrático como as escalas dos plantões,

e também a organização e manutenção de insumos para os profissionais, possibilitando a prestação de cuidados eficiente⁶.

Mediante tais considerações e a fim de discutir a temática, surgiram os seguintes questionamentos: Qual o perfil das ocorrências por causas externas atendidas pelo SAMU? Qual o tempo-resposta de atendimento as vítimas de causas externas?

A análise do perfil das vítimas e do tempo-resposta das ambulâncias proporciona uma reflexão crítica acerca do funcionamento do SAMU, das políticas públicas de saúde e da RAU, possibilitando que enfermeiros e gestores conheçam a população que busca o serviço, e implementem estratégias efetivas de promoção à saúde e prevenção de agravos, com a realização de treinamento da equipe com base na prática baseada em evidência. Tais ações, corroboram para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir a morbidade e mortalidade por causas externas. Neste sentido, o presente artigo tem o objetivo de analisar o perfil dos atendimentos por causas externas do serviço de atendimento móvel de urgência.

MÉTODOS

Trata-se de estudo documental, retrospectivo com abordagem quantitativa. A análise de documentos contribui com investigações relacionadas com a maneira de pensar e de agir, por meio de procedimentos no domínio da ciência da informação, viabilizando a compreensão de um problema⁷.

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da região noroeste do Estado do Ceará. O serviço foi implantado no dia 05 de Agosto de 2005 e atende a microrregião de Sobral-CE. A instituição tem duas ambulâncias de suporte básico, uma ambulância de suporte avançado e uma motolância. O serviço é composto por uma equipe multiprofissional formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, condutores, técnicos auxiliares de regulação médica (TARM) e agentes administrativos.

A amostra foi composta por 2.251 fichas de atendimento individual das ocorrências por causas externas, atendidas no período de novembro de 2017 a outubro de 2018. Os critérios de inclusão foram: fichas de atendimento pré-hospitalar de vítimas de causas externas, de ambos os sexos e de qualquer faixa etária, que foram atendidas no período de novembro de 2017 a outubro de 2018. Os critérios de exclusão foram: fichas com menos de 90% das informações e trotes. Foram excluídas 26 fichas referente a trotes.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento espelho das fichas de notificação dos atendimentos no SAMU, preenchido por meio de um formulário no *google drive*, contendo variáveis relacionadas ao perfil dos pacientes (sexo, faixa etária, queixa principal, uso de hálito etílico), perfil do transporte utilizado durante o atendimento (tipo de ambulância e tempo resposta da assistência) e perfil do desfecho do atendimento (hospital, liberado, óbito, recusa remoção, recusa atendimento e removido por meios próprios).

Os dados coletados foram digitados e compilados no Excel e a análise estatística foi realizada por meio do *software* IBM SPSS, versão 24.0. Os dados foram organizados em tabelas com frequências absolutas e percentuais. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%. Os dados relativos às variáveis clínico-epidemiológicas dos pacientes foram tratados a partir da estatística descritiva, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (médias, medianas, desvio padrão e percentis 25-75). As diferenças entre as proporções foram verificadas mediante aplicação do teste estatístico Qui-Quadrado de Pearson e as diferenças entre as variáveis contínuas com o Teste de Mann-Whitney.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob Parecer No. 2.806.742, respeitando os princípios éticos e legais determinados pela Resolução No. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, abordando os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

RESULTADOS

Na análise das 2251 ocorrências foi identificado que os pacientes atendidos por causas externas tinham idade entre menos de um e 113 anos ($p < 0,000$), com média de 37 anos (DP 21,205) e mediana 34 anos. O percentual por faixa etária teve maior índice na variável entre 20 a 29 anos (26,45%) e o menor foi em pacientes com menos de um ano (0,05%). Noventa e duas fichas (4,0%) não informaram a idade.

Em relação ao sexo, houve o predomínio do sexo masculino (68,6%). A distribuição dos atendimentos ocorreu de forma homogênea durante o período analisado ($p < 0,142$), havendo aumento de ocorrências nos meses de junho (10,2%), abril (8,8%) e dezembro (8,8%) e redução no mês de fevereiro (6,5%). Foi identificado o predomínio de pacientes sem hálito etílico (p -valor 0,000) em ambos os sexos, sendo feminino (90,4%) e masculino (72,4%).

Conforme a tabela 1, a análise do perfil das ocorrências foi feita por meio da comparação entre o sexo masculino e feminino, sendo identificadas 12 tipos de causas externas e um número significativo de quedas, com taxa de 50,2% entre mulheres e 41,9% entre homens, seguido de colisões com 28,9% entre mulheres e 31% entre homens. Por sua vez, houve percentuais menores nos casos de choque elétrico com 0,4% entre mulheres e 0,5% em homens.

Tabela 1. Comparação das ocorrências de acordo com o sexo e as principais causas externas

Variáveis /Categorias	Sexo		p-value
	Feminino	Masculino	
	n(%)	n(%)	
Causas Externas			
Quedas	355(50,2)	642(41,9)	0,000†
Colisões	204(28,9)	479(31,0)	
Agressão física	27(3,8)	103(6,7)	
Ferimento por arma de fogo (FAF)	12(1,7)	91(5,9)	
Atropelamento	28(4,0)	63(4,1)	
Tentativa de suicídio	36(5,1)	34(2,2)	
Ferimento por arma branca (FAB)	9(1,3)	49(3,2)	
Intoxicação/Envenenamento	19(2,7)	21(1,4)	
Capotamento	2(0,3)	15(1,0)	
Choque elétrico	3(0,4)	7(0,5)	
Obstrução das Vias Aéreas por Corpos Estranhos (OVACE)	5(0,7)	4(0,3)	
Queimadura	2(0,3)	4(0,3)	
Não Informado	2(0,3)	12(0,8)	
Outros	3(0,4)	15(1,0)	
Total	707(100)	1544(100)	

† Qui-quadrado de Pearson. Fonte: Elaborado pelos autores.

A variável queda foi subdividida em quatro tipos ($p < 0,000$): queda de moto, representando um quantitativo de 47,9% no sexo masculino e 43,4% no sexo feminino; queda da própria altura com 45,6% no sexo feminino e 32,8% no sexo masculino; queda de bicicleta com 10% no sexo masculino e 2% no sexo feminino; queda de altura com 9,0% no sexo feminino e 9,3% no sexo masculino.

Conforme a tabela 2, a variável colisão apresentou 16 subdivisões ($p < 0,149$) com predomínio no número de

colisões entre moto e carro, sendo 48,5% no grupo do sexo feminino e 43,9% no grupo do sexo masculino.

Tabela 2. Caracterização dos tipos de colisões ocorridas entre os meses de novembro de 2017 a outubro de 2018

Variáveis /Categorias	Sexo		p-value
	Feminino	Masculino	
	n(%)	n(%)	
Tipos de Colisões			
Moto x Carro	97(48,5)	204(43,9)	0,149†
Moto x Moto	65(32,5)	142(30,5)	
Moto x Bicicleta	16(8,0)	53(12,3)	
Carro x Bicicleta	5(2,5)	20(4,3)	
Moto x Animal	4(2,0)	12(2,6)	
Carro x Carro	7(3,5)	9(1,9)	
Moto x Poste	0(0,0)	7(1,5)	
Carro x Poste	0(0,0)	4(0,8)	
Moto x Árvore	0(0,0)	3(0,6)	
Moto x Caminhão	1(0,5)	3(0,6)	
Carro x Árvore	1(0,5)	0(0,0)	
Bicicleta x Ônibus	1(0,5)	0(0,0)	
Bicicleta x Bicicleta	0(0,0)	1(0,2)	
Caminhão x Moto	0(0)	1(0,2)	
Carro x Parede	0(0)	1(0,2)	
Ônibus x Carreta	3(1,5)	1(0,2)	
Total	200(100)	465(100)	

† Qui-quadrado de Pearson. Fonte: Elaborado pelos autores

A análise do perfil das ambulâncias ($p < 0,075$) identificou que a maioria das ocorrências é realizada por meio da Unidade de Suporte Básico (87,5%), seguida da Unidade de Suporte Avançado (9,7%) e motolância (1,8%). Um por cento dos casos não foi informado.

O tempo resposta foi analisado de acordo com as variáveis: 0-5 minutos, 6-10 minutos, 11-15 minutos, 16-20 minutos, 21-25 minutos, 26-30 minutos e mais de 30 minutos. A duração do tempo resposta da ambulância para o local da ocorrência ($p < 0,916$) foi de 7,81 minutos, em média, com desvio padrão de 4,04 minutos. A variável "entre seis e 10 minutos" teve predomínio (47,15% das ocorrências), seguida da variável "entre 0 e 5 minutos" (33,2%). Mais de três por cento das fichas não informavam o tempo de deslocamento.

O tempo resposta das ambulâncias durante o atendimento no local da ocorrência ($p < 0,011$) obteve média de

11,48 minutos, com desvio padrão de 6,34. A variável "entre 6 e 10 minutos" teve predomínio (35% das ocorrências). Por sua vez, foi possível verificar que, em apenas 1,8% dos casos, a ambulância ficou por mais de 30 minutos no local. Mais de 13% das fichas não informavam o tempo de atendimento.

O tempo resposta das ambulâncias do local da ocorrência para o local referenciado ($p < 0,000$) foi, em média, de 9,54 minutos, com desvio padrão de 5,63. A variável que obteve predomínio foi "entre 6 e 10 minutos", com 39,9% das ocorrências. Por sua vez, o tempo resposta de mais de 30 minutos para o local referenciado, aconteceu em apenas 0,7% dos casos e, mais de 15% não informavam o percurso da ambulância para o local de referência.

O tempo médio em que as ambulâncias ficam no hospital referenciado ($p < 0,008$) foi de 12,48 minutos e desvio padrão de 11,379. A variável "entre 6 e 10 minutos" obteve predomínio (28,6%). Contudo, 20,5% das ocorrências não informavam essa categoria.

Conforme mostra a tabela 3, as vítimas por causas externas são referenciadas de forma significativa para o hospital, representando um valor de 90,2% dos pacientes do sexo feminino e 82,4% do sexo masculino. Por sua vez, o número de óbitos do sexo masculino foi de 3%, representando um número maior do que o sexo feminino (1%).

Tabela 3. Destino dos pacientes

Variáveis /Categorias	Sexo		p-value
	Feminino	Masculino	
	n(%)	n(%)	
Destino dos pacientes			
Hospital	638(90,2)	1273(82,4)	0,000†
Liberado	3(0,4)	26(1,7)	
Óbito	7(1,0)	47(3,0)	
Recusa atendimento	8(1,1)	49(3,2)	
Recusa remoção	25(3,5)	59(3,8)	
Removido por meios próprios	8(1,1)	55(3,6)	
Não informado	18(2,5)	35(2,3)	
Total	707(100)	1544(100)	

† Qui-quadrado de Pearson. Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Foi identificado que a maioria das vítimas por causas externas são do sexo masculino e estão na faixa etária de 20 a 39 anos. Esses dados vão ao encontro de um estudo realizado em São Paulo, o qual indicou que o maior percentual

de vítimas de trauma é do sexo masculino (64,35%) e com idade entre 20 a 59 anos (54,48%)⁸. Essa taxa indica que serviço de atendimento móvel de urgência atende números elevados de jovens, na faixa etária da população economicamente ativa.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde⁹, os homens possuem três vezes mais probabilidade de morrer vítima de causas externas do que mulheres. Sendo assim é necessária a realização de ações voltadas para promoção da saúde, com o fortalecimento de políticas públicas voltadas para esse perfil, a fim de fornecer subsídios para melhorar a qualidade de vida do homem, com redução da morbidade e mortalidade^{10,11}.

Além disso, houve o predomínio de ocorrências por causas externas nos meses de abril, junho e dezembro, e redução no mês de fevereiro. Estes dados vão ao encontro de estudos realizados no âmbito nacional. De acordo com Ciconet¹², em uma pesquisa realizada no SAMU de Porto Alegre durante os meses de janeiro a dezembro de 2013, as ocorrências por causas externas aumentaram no último trimestre do ano, sendo o mês de dezembro com 12,1% e reduziram no primeiro trimestre, sendo fevereiro representado por 3,7% das ocorrências.

Neste contexto, as programações turístico-culturais, como o carnaval e as festividades do ciclo natalino, podem representar um período de maior risco para causas externas¹⁰. Assim, redução no mês de fevereiro, visto que o município da pesquisa não realiza festividades no período de carnaval.

Em relação à queixa principal, houve o predomínio de quedas e colisões, corroborando com um estudo realizado por Tibães et al.¹³, o qual identificou que, entre as causas externas, havia um número alto de acidentes de trânsito (68,22%) e de quedas (20,34%). As quedas e os acidentes de trânsito são definidos como os principais eventos acidentais responsável por mais de cinco milhões de óbitos por ano em todo o mundo, significando 9% de todas as mortes¹⁴. Neste contexto, no ano de 2014, ocorreram 13.327 óbitos por quedas no Brasil, o que corresponde a 8,5% das mortes por causas externas¹⁵.

Por sua vez, de acordo com pesquisadores brasileiros¹⁰, as colisões são os acidentes de trânsito mais comuns, principalmente entre motocicletas, representando o quantitativo de 59,9% das ocorrências em Recife, no primeiro semestre de 2015. Assim, políticas públicas para prevenção de mortes no trânsito devem ser desenvolvidas, sobretudo, voltadas para os indivíduos mais vulneráveis¹⁶.

Além disso, foi analisado no estudo que um fator preocupante no município está relacionado à violência urbana, por meio das agressões físicas, ferimentos por arma de

fogo e os ferimentos por arma branca. Esses dados coincidem com uma pesquisa feita por Tibães et al.¹³, identificando que a violência urbana representa 10,05% do total de casos, sendo que 42,9% dos casos de violência são de agressão física, 32,72% de ferimento por arma de fogo e 24,38% são ferimentos por arma branca. Essa violência traz implicações para os serviços de saúde e, de acordo com Melo e Garcia (2019)¹⁷, a violência é um problema complexo que envolve múltiplos fatores, relacionados com características culturais, sociais e ambientes, sendo necessário a implantação de ações efetivas e com colaboração intersetorial.

O presente estudo também identificou o valor alto de tentativas de suicídio, sendo registrados 70 casos durante o ano, representado por 5,1% das causas externas no sexo feminino e 2,2% no sexo masculino. A taxa de suicídio ainda é maior entre mulheres do que entre homens, sendo realizada de maneira menos agressiva, principalmente por meio de envenenamento e automedicação. Estudos indicam que esses fatores podem estar relacionados à facilidade de acesso a medicamentos, agrotóxicos e raticidas presente no domicílio das vítimas. Sendo assim, é necessária a articulação entre a rede de Saúde Mental com a Estratégia de Saúde da Família para prevenção desses casos¹⁸.

Em relação ao uso de bebida alcoólica, o presente estudo evidenciou que a maioria das vítimas não apresentava hálito etílico, sendo presente em 9,1% das vítimas do sexo feminino e 25,6% no sexo masculino, corroborando com um estudo que realizado por Soares et al.¹⁹ em Picos - Piauí, que indicou que uma taxa de 68,7% das vítimas não havia ingerido bebida alcoólica. Apesar da maioria das vítimas não apresentarem hálito etílico, o resultado encontrado ainda é preocupante, principalmente entre os homens.

No Brasil, o consumo de álcool contribui para a mortalidade prematura com taxa de crescimento anual de 5,59%, principalmente entre jovens, pardos e negros, residentes no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Esses dados refletem a influências das desigualdades sociais no país²⁰.

Neste estudo foi analisado que a maioria dos atendimentos são realizados pelas unidades de suporte básico (USB), seguido pelas unidades de suporte avançado (USA) e motolância. Tais resultados corroboram com o que preconizado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS No. 356, de 8 de abril de 2013, que indica que a USB deve representar a média de 80% das ocorrências²¹.

Foi analisado que o tempo médio para a chegada da ambulância no local foi de 7,81 minutos, corroborando com o preconizado por estudos internacionais, que indicam tempo médio de 6 a 8 minutos²².

Além disso, foi possível inferir que o tempo de atendimento no local da ocorrência teve média de 11,48 minutos. Por sua vez, o tempo resposta para o hospital referenciado teve média de 9,54 minutos. Esses valores corroboram com o preconizado em estudo realizado nos Estados Unidos, que indica que o atendimento deve seguir a “hora de ouro”, ou seja, entre zero e 30 minutos e o tempo de remoção deve estar entre 8 e 10 minutos²².

Por sua vez, o tempo médio de espera da ambulância no hospital referenciado (média de 12,48 minutos) infere que, durante o atendimento pré-hospitalar, o local onde a ambulância fica por mais tempo é na unidade de referência do paciente. Com o intuito de reduzir o tempo de retenção das ambulâncias no ambiente hospitalar, a Resolução CFM No. 2.110/2014 autoriza que a equipe do SAMU solicite ao diretor do hospital que libere a ambulância em casos de demora por falta de maca²³.

Foi identificado que o principal desfecho do atendimento pré-hospitalar realizado na região noroeste do Ceará, dá-se através do encaminhamento dos pacientes para o hospital. Esses dados corroboram com o Conselho Federal de Medicina, que determina a existência da “vaga zero” nas emergências hospitalares. Ou seja, todo paciente regulado pelo SAMU com risco de morbidade e mortalidade deve ter acesso garantido, mesmo que o hospital esteja superlotado²³.

O estudo identificou um valor elevado de regulação solicitando o retorno da ambulância para a base do SAMU. Esses valores indicam que o serviço não é acionado somente para situações de emergência, uma vez que pacientes graves não recusam atendimento. Neste cenário, pesquisas internacionais evidenciam diversos fatores relacionados ao uso inapropriado das ambulâncias, de acordo com raça, faixa etária, renda, escolaridade e cultura da organização do sistema de saúde local²⁴.

Como limitações do estudo pode-se destacar o período de análise da pesquisa e a ausência de informações nas fichas de ocorrência, principalmente relacionadas ao tempo resposta das ambulâncias. Com isso, sugere-se a realização de novos estudos utilizando um período maior de atendimento.

A análise do estudo trouxe contribuições para a prática, uma vez que os resultados evidenciaram que o atendimento do SAMU apresenta um perfil específico de ocorrências por causas externas relacionadas ao sexo, faixa etária e queixa principal, através de uma assistência pré-hospitalar móvel rápida. Tais informações possibilitam que enfermeiros e

gestores avaliem as políticas públicas e elaborem medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, com foco no público mais afetado, corroborando para redução da mortalidade.

CONCLUSÃO

Durante os meses de novembro de 2017 a outubro de 2018, houve 2.251 atendimentos pré-hospitalar para vítimas de causas externas, tendo o perfil formado por pacientes do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 39 anos, não apresentando hálito etílico 72,4% e tendo como principal queixa as quedas e colisões. Em relação ao perfil das ambulâncias avaliadas no estudo, pode-se concluir que houve predomínio da Unidade de Suporte Básico, seguindo o tempo resposta preconizado pela literatura e com principal destino o hospital. A taxa de letalidade foi de 1% no sexo feminino e 3% no sexo masculino.

Diante do cenário atual é necessário reduzir as ocorrências atendidas pelo serviço, sendo recomendado que a gestão reorganize as políticas públicas existentes, a fim de realizar ações de promoção a saúde e prevenção de agravos, de forma efetiva, para reduzir os índices de causas externas e diminuir os gastos destinados para o atendimento pré-hospitalar e para a reabilitação desses pacientes.

Contribuição dos autores:

Magda Milleyde de Sousa Lima: 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; Francisco José Magalhães Brandão: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; d) aprovação da versão final a ser publicada; Dariane Veríssimo de Araújo: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Joselany Áfio Caetano: a) concepção e/ou desenho do estudo; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Livia Moreira Barros: 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.

Agradecimentos:

Aos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da região noroeste do estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

1. Silva AD, Alves GC, Amaral EM, Ferreira LA, Dutra CM, Ohl RI, et al. Vítimas de acidente motociclístico atendidas em hospital público de ensino. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jul 22];22:e-1075. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remex.org.br/pdf/e1075.pdf>
2. Malta DC, Saltarelli RM, Prado RR, Monteiro RA, Almeida MF. Mortes evitáveis no Sistema Único de Saúde na população brasileira, entre 5 e 69 anos, 2000 - 2013. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 19];21:e180008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100407&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
3. Souza JD, Pessoa Júnior JM, Miranda FA. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 19];4(12):107-16. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000100012
4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília (DF): CONASS; 2015.
5. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MG. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 20];33(7):e00043716. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
6. Tavares TY, Santana JC, Eloy MD, Oliveira RD, Paula RF. O cotidiano dos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev Enferm Cent Oeste Min* [Internet]. 2017 [citado 2019 Jul 20];7:e1466. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/%20article/view/1466>
7. Garcia Junior EF, Medeiros S, Augusta C. Análise documental: uma metodologia da pesquisa para a Ciência da Informação. *Temática* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 21];13(7):138-50. Disponível em: <https://www.periodicos.ufpb.br/index.php/tematica/article/view/35383/18042>
8. Almeida PM, Dell'Acqua MC, Cyrino CM, Juliani CM, Palhares VC, Pavelqueires S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jul 20];20(2):289-95. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200289&script=sci_abstract&tlng=pt
9. World Health Organization. Road traffic injuries: Fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2019 Jul 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/en/>
10. Mendonça MF, Silva AP, Castro CC. Análise espacial dos acidentes de trânsito urbano atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um recorte no espaço e no tempo. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado 2019 Jul 22];20(4):727-41. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000400727&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
11. Ferreira JI, Martins ER, Ramos RC, Costa CM, Alves RN, Lima B. Políticas públicas de atenção integral a saúde do homem: desafios para a enfermagem. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [citado 2019 Set 12];24(6):e7631. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/7631/20390>
12. Ciconet RM. Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
13. Tibães HB, Silva DM, Alves M, Penna CM, Brito MJ. Perfil de atendimento do serviço de atendimento móvel de urgência no norte de Minas Gerais. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 12];10(3):675-82. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6150/pdf_1
14. Campos MR, von Doellinger VR, Mendes LV, Costa MF, Pimentel TG, Schramm JM. Diferenciais de morbimortalidade por causas externas: resultados do estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2008. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado 2019 Set 27];31(1):121-36. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000100121&script=sci_arttext&tlng=pt
15. Ribeiro AP, Souza ER, Sousa CA, Freitas MG. Quedas acidentais nos atendimentos de urgência e emergência: resultados do VIVA Inquérito de 2014. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 [citado 2019 Set 27];21(12):3719-27. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203719&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
16. Rios PA, Mota EL, Ferreira LN, Cardoso JP, Santos GJ, Rodrigues TB. Acidentes de trânsito com condutores de veículos: incidência e diferenciais entre motociclistas e motoristas em estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar 19];22:e190054. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2019000100456&script=sci_arttext
17. Melo AC, Garcia LP. Fatores associados a agressões por desconhecidos entre jovens do sexo masculino atendidos em serviços de urgência e emergência: estudo de casos e controles. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar 19];24(8):2825-34. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802825
18. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2019 Out 21];27(2):e2110016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200310&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
19. Soares LS, Sousa DA, Machado AL, Silva GR. Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [citado 2019 Out 21];23(1):115-21. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15599/12365>
20. Machado IE, Monteiro MG, Monteiro RA, Lana FC, Gawryszewski VP, Malta DC. Trends in mortality rates where alcohol was a necessary cause of death in Brazil, 2000-2013. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 19];42:e9. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e9/en>
21. Ministério da Saúde. Portaria No. 356, de 8 de abril de 2013. Adequar e nortear o cadastramento do componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências no SCNES. *Diário Oficial da União*. 2013 Abr 9;Seq. 1:40-1.
22. National Association of Emergency Medical Technicians. *PHTLS: atendimento pré-hospitalar ao traumatizado*. 8a ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2016.
23. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM No. 2.110, de 25 de setembro de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional. *Diário Oficial da União*. 2014 Nov 19;Seq. 1:199.
24. Booker MJ, Shaw AR, Purdy S. Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open*. [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 12];5(5):e007726. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/5/e007726>

A SAÚDE MENTAL DO ENFERMEIRO FRENTE À PANDEMIA COVID-19

Liciane da Silva Costa Dresch¹

Tiago Sousa Paiva²

Ivete Iara Gois de Moraes³

André Luis Leite de Figueiredo Sales⁴

Cristianne Maria Famer Rocha⁵

<https://orcid.org/0000-0002-3450-8625>

<https://orcid.org/0000-0001-5989-9469>

<https://orcid.org/0000-0002-4785-9627>

<https://orcid.org/0000-0001-8607-7532>

<http://orcid.org/0000-0003-3281-2911>

Objetivo: Identificar na literatura nacional e internacional a repercussão na saúde mental do enfermeiro que atua na linha de frente do cuidado na pandemia do novo coronavírus (COVID-19), desde o início dos casos registrados em Wuhan. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura realizada no mês de abril de 2020, mediante consulta as bases de dados Biblioteca Virtual em Sa.de (BVS); e do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library., Scopus e CINAHL. **Resultados:** Nove artigos foram incluídos na amostra, eles destacam a escassez de recursos materiais nos hospitais e a prevalência de níveis mais altos de sofrimento mental entre os enfermeiros em hospitais quando comparados a outras categorias profissionais na linha de frente do cuidado. **Conclusão:** Fica evidenciado que a saúde mental dos enfermeiros lidando com a pandemia de Covid-19 é um tema que demanda mais atenção, não só dos pesquisadores, mas também dos gestores em saúde e outras autoridades responsáveis por políticas de saúde.

Descritores: Enfermeiro; Enfermagem; Saúde mental; Transtornos mentais; Stress; Covid-19.

THE MENTAL HEALTH OF NURSES HANDLING THE COVID-19 PANDEMIC

Objective: Identifying in Brazilian and international scientific literature, the mental health repercussions caused by the new coronavirus (COVID 19) in nurses working on the front line of healthcare systems since the pandemic outbreak in Wuhan. **Methods:** An integrative literature revision was made in April 2020 into the following databases: Virtual Health Library, Brazil (BVS); Medical Subject Headings (MeSH), USA; Scopus, and CINAHL. **Results:** Nine papers were included in the final sample; they highlighted the scarcity of material resources in the hospitals and the prevalence of higher levels of mental health suffering in the nurses compared to the other professional workers on the frontline. **Conclusion:** It is evident that the mental health of nurses handling the Covid-19 pandemic is a topic that needs more attention not only from researchers but also from health managers and other authorities in charge of health policies.

Descriptors: Nurse; Nursing; Mental health; Mental disorders; Stress; Covid-19.

LA SALUD MENTAL DE LAS ENFERMERAS QUE MANEJAN LA PANDEMIA DE COVID-19

Objetivo: Identificar en la literatura científica brasileña e internacional, las repercusiones en la salud mental causadas por el nuevo coronavirus (COVID 19) en enfermeras que trabajan en la primera línea de los sistemas de salud desde el brote de la pandemia en Wuhan. **Métodos:** En abril de 2020 se realizó una revisión integral de la literatura en las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud, Brasil (BVS); Encabezamientos de temas médicos (MeSH), EEUU; Scopus y CINAHL. **Resultados:** Se incluyeron nueve artículos en la muestra final; destacaron la escasez de recursos materiales en los hospitales y la prevalencia de mayores niveles de sufrimiento de salud mental en las enfermeras en comparación con los otros trabajadores profesionales en primera línea. **Conclusión:** Es evidente que la salud mental de las enfermeras que manejan la pandemia de Covid-19 es un tema que necesita más atención no solo de los investigadores sino también de los gerentes de salud y otras autoridades a cargo de las políticas de salud.

Descriptor: Enfermera; Enfermería; Salud mental; Trastornos mentales; Estrés; Covid-19.

¹Centro Universitário Metodista Ipa, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Centro Universitário Ritter dos Reis, Porto Alegre, RS, Brasil.

³Hospital das Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴Escola de Ciências Humanas e Saúde, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP, Brasil.

⁵Departamento de Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor Correspondente: Liciane da Silva Costa Dresch | E-mail: liciane.costa@ipa.metodista.edu.br

Recebido: 01/5/20 - Aceito: 06/1/21

INTRODUÇÃO

O setor saúde apresenta cenários complexos e desafiantes para os profissionais da área, uma vez que os trabalhadores, com frequência, precisam lidar em seu cotidiano do exercício profissional com diferentes adversidades. Dentre as dificuldades vividas, destacam-se os problemas relacionados à saúde mental do enfermeiro.

No caso específico da Enfermagem, o enfermeiro tem o papel de líder da equipe e realiza, junto aos demais profissionais da área da saúde, os cuidados necessários à prestação da assistência junto aos usuários. É este o profissional responsável por executar os cuidados médicos prescritos, supervisionar a assistência prestada ao paciente, e ainda desempenhar todas as atividades exigidas pela sua formação técnica, realizando as demandas administrativas exigidas pela instituição onde desempenha sua função¹.

No ano de 2020, o Dia Mundial da Saúde foi dedicado à Enfermagem². Nesse ano, também foi lançada a campanha internacional *Nursing Now*, que tem como objetivo destacar o protagonismo dessa categoria profissional no campo da saúde. Neste ano, também, emerge outro tema relacionado à saúde e à intensa necessidade dos cuidados de Enfermagem: a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). O alerta sobre casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, chamou a atenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 31 de dezembro de 2019. Tratava-se de um novo tipo de coronavírus, ainda desconhecido em humanos. Apenas em 7 de janeiro de 2020 foi confirmada a existência de uma epidemia provocada por este novo vírus, que em 11 de março de 2020 ganharia status de pandemia².

Na linha de frente do atendimento às vítimas do coronavírus, diante de incertezas e apreensões relativas à prestação do cuidado e ao medo da contaminação, o profissional da Enfermagem se vê diante de impactos em sua saúde mental, que já o atingia mesmo antes da pandemia. A extensa jornada de trabalho alicerçada no tênue limite entre vida e morte dos pacientes pode se tornar um dos fatores de desgaste e sofrimento psíquico³.

A fim de ressaltar a relevância deste tema e fornecer subsídios para a construção de enfrentamentos e cuidados em saúde mental do enfermeiro, optou-se por investigar, através de uma revisão integrativa da literatura, a produção de saberes acerca da repercussão na saúde mental do enfermeiro que atua na linha de frente do cuidado na pandemia do COVID-19. Desta forma, esta revisão objetiva identificar as evidências encontradas na literatura acerca

deste tema, a partir da produção científica, nacional e internacional, produzida desde o início dos casos registrados em Wuhan, em final de 2019.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, delimitando este que permite a incorporação de evidências da prática clínica e tem como finalidade reunir e sintetizar os resultados de estudos realizados sobre um determinado tema de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema escolhido⁴.

Neste estudo, foram seguidas as seis etapas propostas por Mendes et al.⁵: 1) elaboração da questão norteadora; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3) definição das informações que serão extraídas dos estudos selecionados; 4) Análise crítica dos artigos selecionados e incluídos na revisão 5) interpretação de resultados e 6) síntese do conhecimento e apresentação da revisão.⁵

A fim de responder à questão norteadora deste estudo “Quais as evidências encontradas na literatura científica, nacional e internacional, acerca da repercussão na saúde mental do enfermeiro que atua na linha de frente do cuidado junto à pandemia do COVID-19”, iniciou-se a operacionalização da pesquisa. Através da busca de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e do *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library* foram selecionados os descritores em português “enfermeiro”, “saúde mental”, “transtornos mentais”, “stress”, “covid-19”. Os descritores em inglês foram “nurse”, “mental health”, “mental disorders”, “stress”, “Covid-19”. A partir dos cruzamentos dos descritores foi realizado o levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Portal PubMed e SciVerse Scopus.

A coleta de dados foi realizada entre os dias 12 e 16 de abril de 2020. Os critérios de inclusão foram: artigos que estivessem publicados na íntegra e disponibilizados pública e gratuitamente, em inglês, português e espanhol, e cujos resultados ou reflexões pautassem a saúde mental dos enfermeiros que atuam na assistência aos acometidos pela COVID-19. Devido ao curto período desde o início da pandemia (dezembro de 2019) até este momento, foram incluídos na análise editoriais, cartas ao editor e artigos breves.

Foram excluídas reportagens e demais materiais informativos, governamentais e midiáticos.

Para a coleta de dados, primeiramente realizou-se a busca ampla nas bases de dados, a partir dos descritores “mental health” and “covid-19”, sem critérios de refinamento, encontrando um total de 1585 artigos. Após a utilização dos critérios de inclusão e cruzamento dos descritores (“mental disorders” or “mental health” and “nurses” and “covid-19; e “stress” and “nurses” and “covid-19”) chegou-se a 55 artigos na base Pubmed; 5 na base Scopus; 10 na base LILACS, 6 na base MEDLINE e 5 na base CINAHL, totalizando 81 artigos. A partir da adequação da busca à questão norteadora deste estudo chegou-se a 21 artigos, sendo 12 repetidos nas diferentes bases de dados. Desta forma, 9 artigos totalizaram a amostra final desta revisão. Para melhor visualização das etapas de seleção e análise dos dados, utilizou-se o fluxograma Prisma Statement, conforme Figura 01.

As publicações selecionadas foram sintetizadas através de ficha de leitura (quadro sinóptico), contendo as seguintes informações: título, autores, periódico, ano de publicação, nível de evidência, objetivos, metodologia e principais resultados (conforme apresentado, de forma sintetizada, no quadro 1)⁶.

Em relação aos aspectos éticos, foram preservados uma vez que todos os autores dos estudos selecionados foram adequadamente referenciados conforme Lei dos Direitos Autorais No. 9610. Todos os dados das pesquisas foram apresentados de forma fidedigna.

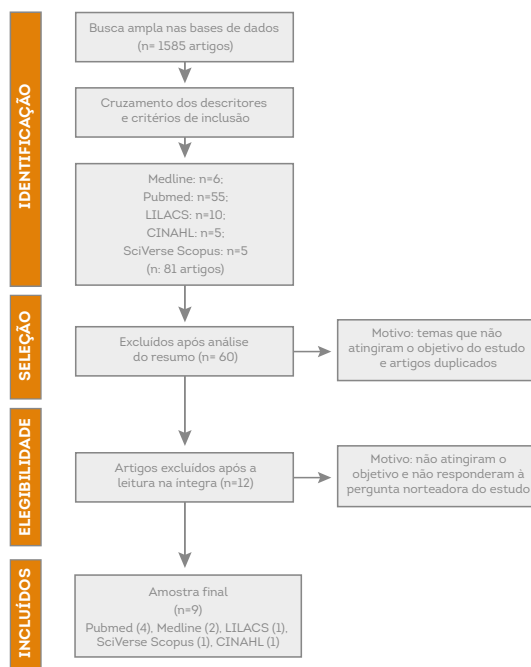


Figura 1. Fluxograma Prisma Statement da sistematização da busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS, CINAHL, Pubmed e SciVerse Scopus

RESULTADOS

No Quadro 1, a seguir, apresenta-se um panorama geral das nove publicações selecionadas, destacando a caracterização, aspectos metodológicos, nível de evidência, objetivos e resultados dos artigos elencados.

Quadro 1. Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, segundo as bases de dados MEDLINE, LILACS, CINAHL, Pubmed e SciVerse Scopus, em ordem de ano de publicação

Título e Autor(es)	Periódico e Ano de Publicação	Tipo de Estudo e Nível de Evidência (NE)	Objetivos	Resultados
A Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 Lai et al. (2020) ⁷ China	JAMA Network Open- Psychiatry (2020)	Relato de experiência V	- Relatar a experiência de um plano de intervenção psicológica junto às equipes de saúde do Segundo Hospital Xiangya da Universidade Central do Sul - Wuhan (Hubei, China)	- Organização de áreas de descanso para as equipes de saúde; - Elaboração de atividades de lazer e treinamentos de relaxamento para as equipes; - Criação de grupos de conselheiros psicológicos para apoio e escuta terapêutica.
B The COVID-19 pandemic and mental health Impacts. Usher et al. (2020) ⁸ 2020	International Journal of Mental Health Nursing (2020)	Editorial VI	- Analisar as causas do medo, pânico e discriminação dos profissionais de saúde que atuam na pandemia; - Identificar soluções práticas para abordagem de questões de saúde mental das equipes.	- Reflexão sobre a importância dos cuidados com a saúde mental dos profissionais de saúde, - Sugestão de implementação de treinamentos e atividades educativas como parte das atividades de desenvolvimento profissional

Continua...

Continuação.

Título e Autor(es)	Periódico e Ano de Publicação	Tipo de Estudo e Nível de Evidência (NE)	Objetivos	Resultados
<p>C Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study Kang et al. (2020)⁹ China</p>	<p>JAMA Network Open (2020)</p>	<p>Estudo descritivo quantitativo IV</p>	<p>- Avaliar a saúde mental de médicos e enfermeiros que atuam na linha de frente junto à pandemia, em Wuhan</p>	<p>- Participação de 994 funcionários (médicos e enfermeiros); 36,9% apresentaram distúrbios de saúde mental abaixo do limiar, 34,4% apresentaram distúrbios leves, 22,4% apresentaram distúrbios moderados e 6,2% apresentaram distúrbios graves, imediatamente após a epidemia viral.</p>
<p>D Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control Li et al. (2020)¹⁰ China</p>	<p>Brain, Behavior, and Immunity (2020)</p>	<p>Estudo descritivo, quantitativo IV</p>	<p>- Avaliar escores de trauma e stress junto população em geral, enfermeiros que atuam no cuidado a pacientes no contexto da pandemia Covid-19, e, também, enfermeiros não diretamente ligados à pandemia.</p>	<p>- Os escores de trauma e stress do público em geral foram significativamente maiores do que os dos enfermeiros da linha de frente, bem como o de enfermeiros que não atuavam, porém, inseridos no contexto de medo e ansiedade resultantes da pandemia. - Aponta a necessidade de elaboração de estratégias precoces que visam prevenir e tratar traumatizações vicárias na equipe médica e no público em geral são extremamente necessárias</p>
<p>E Clinician Mental Health and Well-Being During Global Healthcare Crises: Evidence Learned from Prior Epidemics for COVID-19 Pandemic. Jun et al. (2020)¹¹ USA</p>	<p>Worldviews Evid Based Nurs. (2020)</p>	<p>Estudo descritivo Qualitativo IV</p>	<p>- Refletir sobre os possíveis níveis de stress, traumas e demais transtornos mentais dos profissionais de saúde a partir da relação com epidemias anteriores.</p>	<p>- Importância do trabalho em equipe em períodos de crise, promovendo apoio social, redução do estigma do estresse e maior resiliência; -Necessidade dos serviços de saúde mental de curto e longo prazo de estarem disponíveis para todos os profissionais de saúde.</p>
<p>F Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Xiang et al. (2020)¹² China</p>	<p>The Lancet Psychiatry (2020)</p>	<p>Estudo reflexivo VI</p>	<p>- Refletir sobre o impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde</p>	<p>- A maioria dos profissionais de saúde que trabalham em unidades de isolamento e hospitais não recebe treinamento para prestar assistência em saúde mental. - Tratamentos psiquiátricos especializados e serviços e instalações de saúde mental apropriados devem ser fornecidos para as equipes de saúde</p>
<p>G Work stress among Chinese nurses to support Wuhan for fighting against the COVID-19 epidemic Mo et al. (2020)¹³ China</p>	<p>Journal of Nursing Management (2020)</p>	<p>Estudo observacional transversal IV.</p>	<p>- Investigar os níveis de estresse no trabalho entre enfermeiras chinesas que estão apoiando Wuhan no combate à pandemia COVID-19; e explorar fatores de influência relevantes</p>	<p>- Aplicação de questionários que apontou os principais fatores de stress dos enfermeiros que atuam frente à pandemia: grande demanda de trabalho, tensão nas equipes, reduzidos intervalos e descansos, além da preocupação com os filhos, que ficam isolados dos pais que atuam nos hospitais.</p>
<p>H Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. Cai et al. (2020)¹⁴ China</p>	<p>Medical Science Monitor (2020)</p>	<p>Estudo observacional transversal IV</p>	<p>- Investigar o impacto psicológico e estratégias de enfrentamento da equipe de saúde na linha de frente na província de Hunan.</p>	<p>- Aplicação de questionários, preenchidos por 534 profissionais de saúde da linha de frente. -Sentimento de obrigação social e profissional em continuar trabalhando longas horas. - Médicos, enfermeiros e funcionários estavam ansiosos em relação à sua segurança e à segurança de suas famílias.</p>
<p>I The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. Kang et al. (2020)¹⁵ China</p>	<p>The Lancet Psychiatry (2020)</p>	<p>Relato de caso V</p>	<p>- Fornecer proteção psicológica multifacetada à saúde mental de trabalhadores médicos, a partir de experiências propostas por política pública na China</p>	<p>- Equipes de intervenção psicológica foram criadas pelo Hospital RenMin da Universidade de Wuhan e pelo Centro de Saúde Mental de Wuhan. Centenas de trabalhadores médicos estão recebendo essas intervenções, com boa resposta, e sua oferta está se expandindo para mais pessoas e hospitais.</p>

DISCUSSÃO

Através desta revisão integrativa, pode-se perceber que os trabalhadores da área da saúde têm altos níveis de estresse e tensão no trabalho, assim como os enfermeiros que atuam na linha de frente na pandemia do Covid-19. A tênue linha entre vida e morte dos pacientes, as demandas excessivas de trabalho e o medo de contaminação são disparadores de alterações psicológicas e podem, até mesmo, comprometer o nível da assistência prestada aos pacientes.¹⁶

Dos nove artigos selecionados, todos estão publicados em periódicos estrangeiros, sendo três artigos publicados em periódico específico de Enfermagem. Apesar do uso de descritores em português, não foram encontrados estudos nacionais que respondessem a questão norteadora deste estudo. Apenas dois artigos^{10,13} apresentam o profissional enfermeiro enquanto protagonista de análise. Ambos utilizaram questionários para a avaliação de trauma e estresse, através de aplicativos de celular e meios virtuais para captação das respostas. Os resultados apontam que os escores de traumatização indireta do público em geral e dos profissionais que não estão diretamente na linha de frente foram significativamente maiores do que os dos enfermeiros da linha de frente¹⁰. Outro fator relevante foi a preocupação com as crianças da família, sobretudo em enfermeiras mulheres, que ficam aos cuidados de outros familiares. As excessivas horas de trabalho semanal e a ansiedade são os principais fatores que produzem estresse e ansiedade entre o grupo pesquisado. O afastamento do profissional de saúde de sua família, imposto pela possibilidade de transmissibilidade do vírus, é potencializador de sofrimento psíquico¹⁵. Esse mesmo estudo destacou a importância do papel do enfermeiro líder na gestão do estresse na equipe. No entanto, sabe-se que a jornada de trabalho dos enfermeiros líderes, também, pode ser geradora de estresse. Para esse trabalhador, a cobrança em manter-se mentalmente saudável para liderar um grupo que está em sofrimento, pode ser um importante fator para que ele próprio experiencie o sofrimento mental.

A implementação de planos de intervenção em saúde mental apresentaram resultados potentes junto às equipes de saúde^{7,11,12,15}. Estas intervenções apontaram estratégias desenvolvidas para mitigar o sofrimento psíquico nos trabalhadores da Enfermagem. Um exemplo foi a experiência de um plano de intervenção psicológica no Hospital Xiangaya da Universidade Central do Sul de Wuhan⁷. Foram destacadas iniciativas positivas de organização de locais para o descanso dos funcionários que, também, foi utilizado como um espaço para os trabalhadores permanecerem isolados de suas famílias, evitando, com isso, o risco de exposição ao vírus. Além disso, foram

oportunizados treinamentos sobre técnicas de relaxamento e atividades de lazer.

Ademais, a formação de equipes de suporte em saúde mental são essenciais para o processo de acolhida terapêutica às equipes da linha de frente na pandemia. Os times de resposta psicossocial, formadas por equipes de suporte técnico da intervenção psicológica, constituída por profissionais especialistas são responsáveis por formular materiais e regras de intervenção psicológica e fornecer orientação e supervisão técnica aos profissionais de saúde acometidos de abalos psicológicos^{8,11,12}. Esse tipo de resultado corrobora a importância de iniciativas que tenham como objetivo o apoio para os profissionais da Enfermagem que já foram acometidos por algum tipo de sofrimento mental em decorrência da pandemia. Para além das intervenções mencionadas, destaca-se a importância do desenvolvimento de habilidades cognitivo-comportamentais e estratégias de redução do estresse por profissionais da Enfermagem e da Medicina, durante crises globais de saúde¹¹.

Em estudos anteriores, que abordaram a epidemia de SARS em 2003, de H1N1 em 2009 e de gripe aviária de 2013, todos reconhecem a atenção à saúde mental dos trabalhadores de saúde como um componente essencial da resposta dos Sistemas de Saúde a crises como a que enfrentamos no momento^{8,9}. Os impactos na saúde mental dos trabalhadores durante situações extremas, entretanto, já vem sendo estudado tanto na literatura nacional, quanto internacional¹⁷. Valer-se das conclusões desses estudos, sobretudo os que utilizam escalas e demais instrumentos de avaliação em saúde mental permite resultados estatísticos mais robustos, que podem indicar caminhos importantes a serem seguidos para futuras investigações e intervenções psicológicas^{10,13,14}.

Assim, as características do trabalho do enfermeiro, em situações de assistência em condições usuais exigem dos profissionais “esforço físico, mental, emocional e psicológico, haja vista que demanda[m] atenção, realização de atividades com alto grau de responsabilidade e dificuldade, ritmo acelerado, jornadas excessivas e poucas horas de descanso”¹⁸. No cenário de uma pandemia, tais exigências ficam ainda mais proeminentes e, no quadro de incertezas e desconhecimento que caracteriza o enfrentamento do COVID-19, questões sobre autocuidado, medo da morte e segurança de si e dos entes queridos são fatores que podem potencializar os danos físicos e mentais das equipes de enfermagem.

As limitações deste estudo referem-se ao caráter recente da pandemia desencadeada pelo Covid-19, associadas ao tempo necessário para produção da literatura científica. Tal fato faz com que ainda não haja estudos abrangentes e

metodologicamente robustos passíveis de grandes generalizações sobre o tema. Contudo, essas limitações não impedem de que se reconheça a atenção à saúde mental das equipes de enfermagem como um elemento crucial dos planos de cuidado traçados para o enfrentamento da pandemia.

Outro ponto refere-se ao nível de evidência dos estudos selecionados nesta revisão. Para que a prática possa ser modificada através dos resultados de pesquisas, se faz necessário que as metodologias das pesquisas publicadas tenham nível de evidência que traga suporte para que as mudanças sejam efetivadas¹⁹.

Acredita-se que os resultados desse estudo possam contribuir para a implantação de uma assistência de enfermagem pautada na atenção efetiva à saúde mental do enfermeiro, a partir de programas de acolhimento ou demais dispositivos de cuidado terapêutico. Novos estudos que mensurem, ao longo do tempo, o impacto na saúde mental dos enfermeiros após a epidemia de COVID-19 serão fundamentais para a nova lógica de cuidado a quem atua diretamente na prestação deste.

CONCLUSÃO

A vida e a morte sempre foram e serão vivências permanentes ao exercício da Enfermagem, em especial em setores emergenciais ou intensivos. Este embate é uma constante de sofrimento e poderá, ocasionalmente, gerar

situações de pânico e ansiedade constantes, em especial no caso da COVID-19. A possibilidade de contaminação com o novo coronavírus afastou os profissionais de suas famílias e do ambiente social (muitos se isolaram por medo de contaminar alguém). Esse cenário foi apontado pelos estudos que fizeram parte dessa pesquisa, e observou-se que o contexto da pandemia do novo coronavírus, desde os primeiros casos identificados, vem produzindo inúmeros sofrimentos mentais nos trabalhadores de saúde, sobretudo enfermeiros.

A partir dos resultados desta revisão percebeu-se que o cenário de vulnerabilidade tem sido mitigado através de iniciativas das instituições de saúde como o apoio psicossocial prestado a esses trabalhadores, contudo ainda tímidas e que não abrangem a totalidade dos profissionais de Enfermagem envolvidos na linha de frente. Aponta-se, assim, a necessidade de mais estudos relativos ao tema, que possam promover tensionamentos junto às instituições de saúde para que forneçam mecanismos de acolhida relativas à saúde mental do enfermeiro.

Contribuições dos autores:

Os autores contribuíram igualmente de todas as etapas: a) concepção do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Dias AK, Toledo LV, Amaro MO, Siman AG. A percepção dos enfermeiros em relação ao seu papel gerencial no âmbito hospitalar. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 21];11 Supl 5:2185-94. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23374/19012>
2. Organização Pan Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. OMS define 2020 como ano internacional dos profissionais de enfermagem e obstetria [Internet]. 2020 [citado 2020 Abr 20]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6092:oms-define-2020-como-ano-internacional-dos-profissionais-de-enfermagem-e-obstetria&Itemid=844
3. Alvim CC, Souza MM, Gama LN, Passos JP. Relação entre processo de trabalho e adoecimento mental da equipe de enfermagem. *Rev Flum Extensão Univ* [Internet]. 2017 [citado 2020 Abr 20];7(1):12-6. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RFEU/article/view/918>
4. Lacerda MR, Costenaro RG. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá; 2015.
5. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2020 Mar 25];17(4):758-64. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018
6. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare. a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.
7. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [2020 May 10];3(3):e203976. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090843/>
8. Usher K, Durkin J, Bhullar N. The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 25];29(3):315-8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12726>
9. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 [cited Aug 11];87:11-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118532/>

10. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 16];88:916-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102670/>
11. Jun J, Tucker S, Melnyk B. Clinician mental health and well-being during global healthcare crises: evidence learned from prior epidemics for COVID-19 pandemic. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 15];17(3):182-4. Available from: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/wvn.12439>
12. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 10];7(3):228-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128153/>
13. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan for fighting against the COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 10];28(5):1002-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262235/>
14. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, Zhuang Q. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID19) in Hubei, China. *Med Sci Monit* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12];26:e924171. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177038/>
15. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12];7(3):e14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129673/>
16. Callaghan P, Tak-Ying SA, Wyatt P. Factors related to stress and coping among Chinese nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs*. 2000;31(6):1518-27.
17. Rosado IV, Russo GH, Maia EM. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2020 Abr 12];20(10):3021-32. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
18. Duarte ML, Glanzner CH, Pereira LP. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 12];39:e2017-0255. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100444
19. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IA. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2003 [citado 2020 Abr 12];37(4):43-50. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

FATORES ASSOCIADOS À REMOÇÃO DO DISPOSITIVO DE ACESSO VASCULAR PERIFÉRICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

Juliana Bastoni da Silva¹

Valdemar Franco Cabrera²

Thais Paulino do Prado²

Sidiany Mendes Pimentel¹

Leidiane Ferreira Santos¹

<http://orcid.org/0000-0002-6642-8910>

<http://orcid.org/0000-0002-5846-4276>

<http://orcid.org/0000-0001-5740-8072>

<http://orcid.org/0000-0003-2460-8443>

<http://orcid.org/0000-0002-2969-6203>

Objetivo: Identificar fatores relacionados à retirada do cateter venoso periférico em crianças hospitalizadas em uma Unidade de Internação Pediátrica.

Métodos: Coorte prospectiva realizada com crianças com cateter venoso periférico, internadas em uma Unidade de Internação Pediátrica. A amostra foi consecutiva, não probabilística, os dados foram coletados, por um período de 90 dias. Na análise estatística foram utilizados os testes Qui-quadrado, Mann-Whitney e modelos de riscos proporcionais de Cox. Considerou-se nível de significância igual a 5%. **Resultados:** Amostra composta por 134 crianças, com média de idade de 4,27 anos (DP 3,45). Os motivos de retirada dos cateteres venosos periféricos foram causas planejadas em aproximadamente 56% dos casos, como alta hospitalar, término da terapia intravenosa e transferência. Em 44% dos cateteres venosos periféricos retirados, as causas foram não planejadas, com predomínio de infiltração/extravasamento (16,42%) e flebite (11,94%). O uso de anti-infecciosos (OR=7,03; p=0,0001), punções venosas em membros inferiores (OR=5,12; p=0,0070), punções anteriores (OR=3,24; p=0,0014) e sexo masculino (OR= 2,70; p=0,0092) aumentaram o risco de retirada dos cateteres venosos periféricos por causas não planejadas. **Conclusão:** Os resultados sugerem, principalmente, revisão dos locais para punção venosa em Pediatria, bem como, diluição e infusão criteriosa de anti-infecciosos.

Descritores: Enfermagem pediátrica; Cateterismo Periférico; Punções; Flebite; Anti-infecciosos.

FACTORS ASSOCIATED TO THE WITHDRAWAL OF PERIPHERAL VASCULAR ACCESS DEVICE IN PEDIATRIC PATIENTS

Objective: To identify factors related to the withdrawal of peripheral venous catheter in hospitalized children in a Pediatric Inpatient Unit. **Methods:** Prospective cohort study conducted with children with peripheral venous catheter admitted to a Pediatric Inpatient Unit. The sample was consecutive, non-probability, data were collected for a period of 90 days. Statistical analysis Chi-square, Mann-Whitney and models of Cox proportional hazards were used. A significance level of 5% was considered. **Results:** A sample was composed of 134 children, mean age of 4.27 years (SD 3.45). The reasons for withdrawal peripheral venous catheters were planned causes approximately 56% of cases, such as hospital discharge, end of the intravenous therapy and transfer. At 44% of the removed peripheral venous catheters, the causes were not planned, with infiltration / extravasation (16.42%) and phlebitis (11.94%) predominating. The use of anti-infectives (OR = 7.03; p = 0.0001), venous punctures in the lower limbs (OR = 5.12; p = 0.0070), anterior punctures (OR = 3.24; p = 0.0014) and male gender (OR = 2.70; p = 0.0092) increased the risk of catheters withdrawal for unplanned causes. **Conclusion:** The results suggest, principally, reviewing sites for venipuncture in pediatrics, as well as dilution and judicious infusion of anti-infective.

Descriptors: Pediatric nursing; Catheterization; Punctures; Phlebitis; Anti-infective agents.

FACTORES ASOCIADOS CON LA EXTRACCIÓN DEL DISPOSITIVO DE ACCESO VASCULAR PERIFÉRICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Objetivo: Identificar los factores relacionados con la pérdida del catéter venoso periférico en niños hospitalizados en una unidad de hospitalización pediátrica. **Métodos:** Estudio de corte prospectiva realizada con niños con catéter venoso periférico, hospitalizadas en una unidad de hospitalización pediátrica. La muestra fue consecutiva, no probabilística, los datos se recopilaron durante un período de 90 días. En el análisis estadístico, se realizaron las pruebas de chi-cuadrados, Mann-Whitney y modelos de riesgo de Cox. El nivel de significancia fue 5%. **Resultados:** Muestra que consta de 134 niños, con una edad media de 4.27 años (DE 3.45). Entre las razones del retiro de los catéteres venosos periféricos están: planificados en aproximadamente el 56% de los casos, como al momento del alta hospitalaria, termino de la terapia intravenosa y la transferencia. En el 44% de los catéteres venosos periféricos perdidos, las causas no se planificaron, con predominio de infiltración / extravasación (16,42%) y flebitis (11,94%). El uso de terapia anti-infecciosa (OR = 7,03, p = 0,0001), punciones venosas en las extremidades inferiores (OR = 5,12, p = 0,0070), punciones anteriores (OR = 3,24; p = 0,0014) y género masculino (OR = 2,70, p = 0,0092) aumentó el riesgo de retiro de los catéteres venosos periféricos mediante causas no planificadas. **Conclusión:** Los resultados sugieren que, principalmente, una revisión de sitios de punción venosa en pediatría, así como dilución e infusión criteriosa de terapias anti-infecciosas.

Descriptorios: Enfermería pediátrica; Cateterismo; Punciones; Flebitis; Antiinfecciosos.

¹Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, Brasil.

²Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: estudo financiado pelo Programa de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil.

Autor correspondente: Juliana Bastoni da Silva | Email: juliana.bastoni@uft.edu.br

Recebido: 12/03/2020 - Aceito: 06/01/2021

INTRODUÇÃO

O cateter venoso periférico (CVP) é uma cânula inserida em veia periférica com o intuito de acessar a via intravenosa possibilitando a administração de fluidos, medicamentos, hemoderivados e nutrição. A cateterização de veias periféricas é frequente em pacientes hospitalizados e a equipe de enfermagem é a principal responsável por realizar o procedimento, que apesar de benéfico, pode causar desconforto, dor, estresse e riscos aos pacientes¹.

O principal dispositivo utilizado é o cateter sobre agulha, disponível em diversos materiais como politetrafluoretileno, poliuretano e silicone^{2,3}. No adulto, o CVP pode permanecer até 96 horas ou por tempo menor em casos de condições clínicas que contraindiquem sua permanência. Entretanto, há possibilidade desse período de 96 horas ser estendido, a depender do protocolo de terapia intravenosa (TIV) adotado pela instituição. Nos pacientes pediátricos, entretanto, devido à falta de evidências científicas que relacione tempo de permanência do CVP com complicações, este pode ser retirado apenas quando houver indicações clínicas, como as complicações locais, alta hospitalar e fim da TIV^{2,4}.

As complicações da TIV são divididas em locais e sistêmicas, sendo as locais responsáveis por lesão no tecido próximo ao cateter e/ou na veia cateterizada. Entre elas estão a infiltração, extravasamento, flebite, obstrução, hematoma e equimose. As sistêmicas incluem infecção, embolia por cateter, embolia gasosa, sobrecarga cardíaca e edema pulmonar. Complicações sistêmicas são mais graves, entretanto, menos frequentes⁵.

Dentre as complicações locais associadas ao CVP, temos a infiltração que é caracterizada como a administração acidental de fluido no tecido extra vascular por deslocação do cateter ou perfuração da veia. A intervenção após a infiltração se baseia na facilitação da absorção do fluido pelo organismo².

Em estudo com 338 crianças verificou-se que incidência de infiltração foi de 16% em crianças com CVP⁶. Outro estudo realizado com 2032 cateteres utilizados, em crianças e neonatos internados, evidenciou que 719 cateteres foram retirados devido a complicações locais da TIV, sendo 14,4% destas, resultantes de infiltração¹.

O extravasamento se diferencia da infiltração, pois o líquido introduzido possui características vesicantes e causa lesão tecidual, além do edema e dor. No extravasamento recomenda-se aspirar o conteúdo residual da solução extravasada e administrar, sempre que possível, antídotos por meio do próprio CVP, para somente após, retirá-lo².

A flebite caracteriza-se como um processo inflamatório no leito vascular e seus principais sintomas são eritema, dor local, edema e cordão fibroso. A *Infusion Nurses*

Society (INS) considera uma taxa de 5% de flebite tolerável e propõe uma escala para a categorização em graus da flebite³.

Os medicamentos com osmolaridade maior que 900mOsm/l e pH muito diferentes do fisiológico (<5 e >9) são as principais causas das flebites químicas. Além disso, medicamentos diluídos inadequadamente, infusões que ocorrem em menor tempo do que o preconizado, presença de partículas na infusão, incompatibilidade entre fármacos, suas características de vasoconstrição e vasodilatação, bem como toxicidade sobre o leito vascular contribuem para a ocorrência desta complicação^{3,7}.

A flebite bacteriana está relacionada à contaminação durante a punção venosa e sua manutenção, além da falha na detecção da integridade e esterilidade do material utilizado no CVP. Além disso, dispositivos de polivinil e polietileno estão mais relacionados a complicações infecciosas quando comparados ao Teflon®, Vialon® ou poliuretano. A flebite mecânica está relacionada a lesões do leito vascular causadas fisicamente pelo CVP. A estabilização adequada e dispositivos confeccionados com poliuretano diminuem essa complicação, pois permitem menor mobilidade do CVP no lúmen vascular. Além disso, este material possui maior flexibilidade quando exposto à temperatura do corpo humano³.

As obstruções do cateter podem ser trombóticas (trombo ou fibrina) e não trombóticas (por precipitação de fármacos não compatíveis). Esta complicação pode ser causada pelo curativo, problema no sistema de infusão ou posicionamento inadequado. A adequada lavagem do CVP (*flushing*) com soro fisiológico (SF 0,9%), a não infusão de medicamentos incompatíveis pela mesma via e a realização do curativo de maneira correta diminui a ocorrência de obstrução³.

Outra possível complicação local relacionada ao CVP é o hematoma, caracterizado pela coleção sanguínea em região próxima ao CVP; já a equimose consiste na infiltração difusa de sangue no subcutâneo. Ambas complicações da TIV ocorrem mais comumente no momento da punção e podem ser reduzidas por meio da punção indireta do vaso³.

A fim de evitar complicações relacionadas ao CVP outra variável a ser considerada é a realização do curativo ou fixação do cateter com o intuito de impedir a exposição do seu sítio de inserção a patógenos. Atualmente, recomenda-se a utilização de curativos transparentes e estéreis, entretanto, na prática clínica, fita microporosa ou até mesmo esparadrapo são utilizados^{3,8,9}.

Além disso, o uso de talas pode ser recomendado em pediatria para auxiliar na estabilização de CVP inseridos em

pontos de articulação e no dorso da mão. As talas devem ser de material que permita a higienização ou ser descartável e devem ter o cuidado de garantir a posição anatômica do membro punccionado, devendo ser autorizada pelos responsáveis da criança^{3,10}.

Considerando que as retiradas do CVP por motivo acidental ou pelas complicações locais podem causar danos à criança como dor, desconforto e estresse, que, muitas vezes, estendem-se à família, elaborou-se este estudo com o intuito de compreender melhor alguns aspectos da TIV em pediatria, de obter subsídios para elaborar medidas educativas, revisar protocolos assistenciais e de contribuir com uma prática de Enfermagem mais segura.

O objetivo deste estudo foi identificar fatores relacionados (variáveis demográficas e clínicas) à retirada do cateter venoso periférico em crianças hospitalizadas em uma Enfermaria de Pediatria.

MÉTODOS

Trata-se de uma coorte prospectiva que foi realizada com crianças hospitalizadas na Enfermaria de Pediatria de um Hospital Público, no Estado de São Paulo, que dispõe de 36 leitos.

A amostra foi de conveniência e consecutiva, composta por 134 crianças hospitalizadas, na referida unidade de internação pediátrica. Entretanto, algumas variáveis de interesse para o estudo não estavam disponíveis em documentos consultados, logo, em algumas análises ocorreram variações no tamanho da amostra.

Os critérios de inclusão foram: crianças de 29 dias a 12 anos de idade, que foram submetidas à punção venosa periférica e cujos pais ou responsáveis concordaram com a participação na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (CEP – sob o CAAE: 56930316.0.0000.5404; parecer No. 1.670.518/2016).

A coleta de dados ocorreu por um período de 90 dias e as crianças foram acompanhadas até que o primeiro CVP fosse retirado. Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes, os quais são compostos por prescrições, evoluções e anotações de Enfermagem, médica e de outro(s) profissional(is) da equipe multiprofissional.

No instrumento de coleta de dados, entre outras variáveis, a variável motivo de retirada do CVP foi registrado como 'causa planejada' ou 'causa não planejada'. As causas planejadas poderiam ocorrer devido à alta hospitalar, término da TIV ou transferência da criança. Dentre as causas não planejadas ocorreram complicações locais e retirada

acidental. Além desses dados, o instrumento continha espaço para a transcrição dos nomes de medicamentos intravenosos prescritos durante o tempo de permanência do primeiro CVP de cada criança. Este instrumento foi encaminhado a três especialistas em TIV, para a validação de seu conteúdo, antes de ser utilizado na pesquisa.

A categorização dos medicamentos foi realizada por meio do *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*¹¹. Os diagnósticos médicos foram categorizados de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10)¹². Os dados foram processados pelo programa *Statistical Analysis System (SAS)*, versão 9.2 e analisados por meio dos testes Qui-Quadrado ou Mann-Whitney, conforme apropriado. Para determinar os fatores de risco para retirada não planejada dos cateteres venosos periféricos em crianças hospitalizadas, utilizou-se regressão de COX¹³. Para todas as análises foi considerado nível de significância igual a 5%.

RESULTADOS

Participam da coleta de dados 134 crianças com média de idade de 4,27 anos (Desvio Padrão – DP 3,45) que, em sua maioria, eram brancas (54,48%) e do sexo masculino (61,19%). Os diagnósticos mais frequentes foram relacionados a(ao): doenças do aparelho geniturinário (17,16%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (16,42%), aparelho respiratório (12,69%), lesões, envenenamento/outras consequências de causas externas (11,2%) e aparelho digestivo (11,19%), os quais somaram 68,66% da totalidade de diagnósticos. O tempo de permanência médio dos cateteres foi de 75,77 horas (DP=57,99), com mediana de 68,00 horas.

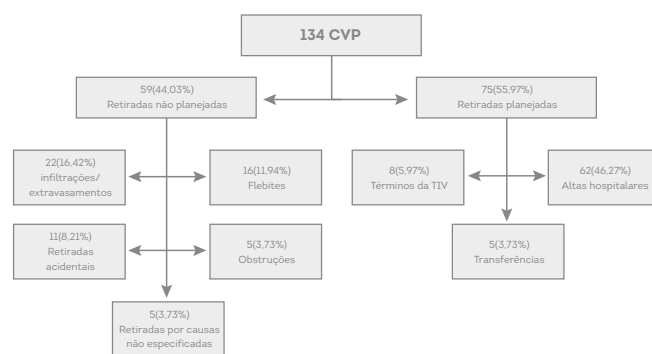
Em relação aos CVP, como demonstrado na tabela 1, utilizou-se predominantemente o cateter sobre agulha (96,92%) confeccionado com Vialon®, de calibre 24 gauge (57,89%), com punção no dorso da mão (52,24%) e em fossa cubital (18,66%). As punções do CVP foram realizadas, em sua maioria, nas enfermarias de Pediatria (53,73%) e na Unidade de Emergência Referenciada Pediátrica (UER-P; 28,36%), as quais obtiveram sucesso, predominantemente, em uma única tentativa (55,91%). O técnico de Enfermagem foi o profissional que realizou o maior número de punções (56,38%). Dentre os conectores, o de duas vias (ou em "y") foi o mais utilizado (49,25%), seguido da dãnula (30,60%). A fixação do CVP foi realizada principalmente por fita microporosa (84,33%) e a imobilização com tala foi realizada em 8,21%. Das crianças internadas 47,76% utilizaram medicamentos anti-infecciosos.

Tabela 1. Caracterização demográfico-clínica de crianças hospitalizadas segundo variáveis qualitativas

Variável	n(%)
Sexo	
Masculino	82(61,20)
Feminino	52(38,81)
Cor	
Branco	73(54,48)
Pardo	52(38,81)
Negro	9(6,72)
Procedência	
Enfermaria Pediátrica	72(53,73)
Unidade de Emergência	38(28,36)
Centro Cirúrgico	12(8,96)
Unidade de Terapia Intensiva	6(4,48)
Outros Serviços Pediátricos	6(4,48)
Categoria Profissional	
Técnico de Enfermagem	53(56,38)
Enfermeiro	32(34,04)
Anestesiata	9(9,57)
Nº de tentativas	
Única	52(55,91)
Duas a três	24(25,81)
Várias	17(18,38)
Local do CVP	
Dorso da mão	70(52,24)
Fossa cubital	25(18,66)
Membros inferiores	19(14,18)
Antebraço	19(14,18)
Braço	1(0,75)
Tipo de cateter	
Cateter sobre agulha	126(96,92)
Cateter agulhado	1(0,77)
Cateter sobre agulha integrado	3(2,31)
Calibre do cateter	
24g	67(57,89)
22g	44(38,60)
20g	1(0,88)
18g	2(1,75)
Tipo de conector	
Conector em Y	66(49,25)
Dãnula	41(30,60)
Extensor	23(17,16)
Conector sem agulha	4(2,99)
Tipo de Fixação	
Fita microporosa	113(84,33)
Espadrappo	10(7,46)
Filme estéril transparente	7(5,22)
Espadrappo + fita microporosa	4(2,99)

Dentre os anti-infecciosos utilizados houve predomínio do uso de amicacina, (25% dos casos; pH 3,5-5,5) e de ceftazolin (20% dos participantes; pH 4,5-7). Cerca de 52,24% das crianças receberam soro basal e 46,27% utilizaram medicamentos que atuam no sistema nervoso (em sua maioria dipirona sódica).

O motivo da retirada dos CVP foi planejado em 55,97% dos casos, dos quais 46,27% foram por alta hospitalar, 5,97% pelo término da TIV e 3,73% por transferência da pediatria. As retiradas por causas não planejadas ocorreram em cerca de 44,03% dos CVP, com predomínio de infiltração/extravasamento (16,42%) e flebite (11,94%). Os motivos de retirada dos CVP estão descritos na figura 1.

**Figura 1.** Distribuição dos cateteres venosos periféricos conforme motivos de retirada

Tiveram maior número de CVP retirados por causas não planejadas, crianças que receberam anti-infecciosos (60,78% versus 26,67%; $p=0,0003$), além das crianças que já haviam utilizado CVP anteriormente (55,36% versus 34,78%; $p=0,0212$) como verificado na tabela 2.

Não houve diferença estatística significativa entre motivos de retirada dos CVP e as variáveis idade, IMC e tempo de permanência, conforme tabela 3.

As crianças tiveram aumento no risco de retirada não planejada do CVP em cerca de sete vezes, quando utilizaram medicamentos anti-infecciosos e, em cerca de cinco vezes, quando as punções eram localizadas em membros inferiores. Além disso, esse risco aumentou em mais de três vezes em crianças que apresentavam histórico de punções venosas prévias e, em mais de duas vezes em crianças do sexo masculino (Tabela 4).

Tabela 2. Distribuição de crianças hospitalizadas em uso de cateter venoso periférico segundo motivo de retirada e variáveis demográfico-clínicas

Variáveis	Causas das retiradas CVP		p-value
	Planejadas n(%)	Não planejadas n(%)	
Sexo			
Masculino	38(56,72)	29(43,28)	0,8044
Feminino	26(59,09)	18(40,91)	
Cor			
Branco	35(58,33)	25(41,67)	0,8758
Negro/Pardo	29(56,86)	22(43,14)	
Peso			
Eutrófico (p3-85)	39(58,21)	28(41,79)	0,7998
Baixo peso (<p3)	13(61,90)	8(38,10)	
Sobrepeso ou Obesidade (>p85)	12(52,17)	11(47,83)	
Local CVP			
Dorso da mão	33(52,38)	30(47,62)	0,0575
Fossa Cubital	11(64,71)	6(35,29)	
Antebraço/Braço	13(86,67)	2(12,33)	
Membro inferior	7(43,75)	9(56,25)	
Tipo conector			
Conector Y	30(55,56)	24(44,44)	0,7933
Dãnula	23(62,16)	14(31,84)	
Extensor	11(55,00)	9(45,00)	
Anti-infeccioso			
Não	44(73,33)	16(26,67)	0,0003
Sim	20(39,22)	31(60,78)	
Punções anteriores			
Não	45(65,22)	24(34,78)	0,0212
Sim	25(44,64)	31(55,36)	

*p-valor obtido por meio do X2. CVP: Cateter Venoso Periférico.

DISCUSSÃO

A média de idade das crianças internadas apresentadas neste estudo é similar aos achados da literatura⁶ como também os diagnósticos médicos prevalentes, dentre eles, infecções do aparelho geniturinário e respiratório, o que justifica a necessidade do uso de antibióticos. Houve também frequência relevante de crianças com diagnósticos de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, tendo em vista que o hospital, campo do estudo, é um serviço de referência, que atende crianças com demandas de cuidados de média e alta complexidade^{6,14}.

Tabela 3. Estatística descritiva e inferencial das variáveis demográfico-clínicas de crianças hospitalizadas em uso de cateter venoso periférico segundo motivo de retirada

Variável	Motivo da Retirada	Média (DP)	Mediana (Min-Max)	p-value*
Idade (anos)	Planejada	4,04 (3,49)	3,30 (0,10-11,5)	0,8958
	Não planejada	4,05 (3,41)	3,40 (0,10-11,80)	
IMC (Kg/m ²)	Planejada	16,83 (3,89)	16,61 (9,97-37,37)	0,8094
	Não planejada	16,66 (3,39)	16,38 (10,09-25,97)	
Permanência (em horas)	Planejada	68,89 (47,74)	63,00 (5,00-243,00)	0,6125
	Não planejada	75,79 (59,62)	70,50 (4,00-345,50)	

*p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney. DP: Desvio padrão; IMC: Índice de Massa Corporal.

Tabela 4. Fatores de risco para retirada não planejada dos cateteres venosos periféricos em de crianças hospitalizadas

Variável independente	Razão Riscos	Intervalo de Confiança		p-value*
		L.I.	L.S.	
Idade	0,92	0,82	1,03	0,1455
IMC (normalidade)	1,39	0,57	3,43	0,4694
IMC (obesidade)	2,29	0,76	6,91	0,1406
Sexo (masculino)	2,70	1,28	5,72	0,0092
Cor (branco)	1,79	0,87	3,67	0,1126
Local do CVP (dorso da mão)	2,26	0,93	5,47	0,0716
Local do CVP (inferiores)	5,12	1,56	16,74	0,0070
Tipo de conector (em Y)	0,51	0,21	1,24	0,1363
Tipo de conector (extensor)	1,05	0,35	3,12	0,9353
Anti-infeccioso (sim)	7,03	2,63	18,79	0,0001
Punções Anteriores (sim)	3,24	1,58	6,66	0,0014

*p valor obtido por meio da regressão de COX. L.I: Limite Inferior; L.S: Limite Superior; IMC: Índice de Massa Corporal; CVP: Cateter Venoso Periférico.

Os locais de escolha para punções venosas em pediatria podem diferir quando comparados aos pacientes adultos, fato que pode estar relacionado à dificuldade de punção de vasos de menor calibre, bem como, a características do desenvolvimento infantil, como o início do engatinhar e/ou caminhar. Neste estudo, em consonância com a literatura foi frequente

a utilização das veias do dorso da mão^{1,8,15-17}. Entretanto, isto não está de acordo com as recomendações da INS³ que recomenda o uso do antebraço como local de escolha para punção. Vasos do antebraço apresentam maior fluxo de sangue, comparados aos do dorso da mão, o que pode reduzir a ocorrência de complicações locais³. Além disso, devido à fase oral do desenvolvimento infantil, crianças pequenas levam a mão à boca com frequência¹⁸, o que pode aumentar o risco de retirada do CVP, por causas não planejadas. A INS sugere também que o enfermeiro evite, sempre que possível, o lado de dominância motora da criança, com o intuito de não interferir em atividades, como as brincadeiras e alimentação³.

As punções venosas em membros inferiores, em veias safenas e dos arcos dorsais dos pés, também constituem prática realizada na Pediatria^{1,3,6,15,16}. Entretanto, no presente estudo, a punção de veias em membros inferiores elevou em mais de cinco vezes o risco de retirada do CVP, por causas não planejadas, dentre as quais predominam as complicações locais, como infiltração e flebite. Deste modo, a presente pesquisa sugere a necessidade de reavaliar tal prática na pediatria, como já demonstrado na literatura^{1,19}.

Além disso, estudos indicam que os “bundles” de prevenção de complicações da TIV devem ser adotados^{20,21}. Estudo quase-experimental prospectivo mostrou que um plano de treinamento para a equipe de enfermagem contribuiu para a redução de complicações como infiltração (de 5,6% para 0,8%) e flebites (de 0,6% para 0,2%)²².

Este estudo evidenciou que cerca de 36% das crianças apresentaram complicações relacionadas ao CVP, como as infiltrações/extravasamentos, flebites, obstruções e outras de causas não especificadas. As infiltrações e/ou extravasamentos foram as causas de retiradas não planejadas mais frequentes, como verificados em outros estudos^{1,6,15,16,23}. Tais complicações podem gerar dor, desconforto, edema, lesão tecidual e a gravidade variará conforme características de pH e concentração da solução infundida.

A flebite foi outra complicação local frequente (16 de 134 CVP), que ocorreu em aproximadamente 12% das crianças. Esta taxa excede o valor aceitável de até 5%, estabelecido pela INS³. A não padronização da estabilização e do curativo do CVP, que são realizados predominantemente com fita microporosa e/ou esparadrapo, podem aumentar os riscos para estas complicações locais, pois não permitem a adequada estabilização do CVP, nem mesmo a visualização do sítio de punção de forma rotineira. As coberturas com fita microporosa e/ou esparadrapo são coberturas não recomendadas pela INS³.

O uso de anti-infecciosos foi outra variável que contribuiu para aumentar o risco de retirada dos CVP por causas não planejadas, o que está em consonância com a literatura¹⁹.

A INS indica um intervalo de potencial hidrogeniônico (pH), menor que 5 e maior que 9, como fator de risco para o desenvolvimento de complicações locais relacionadas ao acesso venoso. No entanto, estudo recente indica que outros fatores estão relacionados com o desenvolvimento desses eventos, como osmolaridade, tempo de duração da TIV e condições clínicas do paciente. Deste modo, apenas o uso de medicamentos com pH diferente do fisiológico, não contraindica o uso do CVP⁷.

O tempo médio de permanência do CVP foi de 75,77 horas, tempo superior ao de estudos semelhantes, que também apresentaram menor ocorrência de complicações locais comparados ao presente estudo, 44,03% versus 24,7% (16) ou 26,9%⁶. Este dado reforça a importância da avaliação diária do sítio de inserção do CVP, bem como, da manutenção de tal cateter apenas pelo tempo necessário para a TIV, ou seja, crianças sem TIV prescrita não devem manter acesso venoso puncionado^{3,4}.

Além disso, punções anteriores com CVP, ou seja, o histórico de punções venosas prévias apresentou-se, neste estudo, como um fator de risco para a retirada não planejada desse cateter, como observado em outra pesquisa⁶.

A influência do sexo masculino para o aumento do risco de retirada do CVP, por causas não planejadas, não encontra explicação na literatura e, talvez, outros estudos possam responder a esta questão. Pode-se inferir, que características do comportamento e grau de atividade de crianças do sexo masculino possam contribuir para este resultado encontrado.

Os resultados da presente investigação apontam que, com o intuito de se evitar retiradas dos CVP por causas não planejadas, deve-se levar em consideração as características demográficas e clínicas da criança, como antecedentes da TIV, local da punção, bem como, o tipo de medicamento que será utilizado.

A coleta e análise de dados dos prontuários das crianças hospitalizadas foram comprometidas, em certa medida, pela ausência de registro de algumas variáveis do estudo, o que reduziu a amostra de CVP em algumas análises estatísticas.

Este trabalho contribui para alcançarmos uma prática em TIV mais segura. Sugere uma revisão dos locais de escolha para punção venosa em Pediatria, bem como, das diluições e períodos de infusão dos anti-infecciosos. Além disso, este estudo reforça a importância da realização e consideração do histórico da terapia intravenosa da criança, com o intuito de reduzir as complicações locais relacionadas a esta terapia.

CONCLUSÃO

Os cateteres venosos periféricos permaneceram por um tempo médio de 75,77 horas nesta amostra de crianças hospitalizadas. O motivo da retirada dos cateteres venosos periféricos foi 'causa planejada' em aproximadamente 56% dos casos, dos quais 46,27% foram por alta hospitalar e 5,97% pelo término da terapia intravenosa. As retiradas por 'causas não planejadas' ocorreram em 44,03% dos cateteres venosos periféricos, dentre as quais, houve predomínio de infiltração/extravasamento (16,42%) e flebite (11,94%).

O uso de anti-infecciosos, punções venosas em membros inferiores, uso de terapia intravenosa prévia e crianças

do sexo masculino aumentaram o risco de retirada dos cateteres por causas não planejadas.

Contribuição dos autores:

Concepção e/ou desenho do estudo: Juliana Bastoni da Silva e Valdemar Franco Cabrera. Coleta, análise e interpretação dos dados: Juliana Bastoni da Silva, Valdemar Franco Cabrera e Thais Paulino do Prado. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Juliana Bastoni da Silva, Valdemar Franco Cabrera, Sidiary Mendes Pimentel e Leidiene Ferreira Santos. Aprovação da versão final a ser publicada: Juliana Bastoni da Silva e Leidiene Ferreira Santos.

REFERÊNCIAS

- Unbeck M, Förberg U, Ygge BM, Ehrenberg A, Petzold M, Johansson E. Peripheral venous catheter related complications are common among paediatric and neonatal patients. *Acta Paediatr*. 2015;104(6):566-74.
- Gorski LA. The 2016 infusion therapy standards of practice. *Home Healthc Now*. 2017;35(1):10-8.
- Gorski L, Hadaway L, Hagle ME, McGoldrick M, Orr M, Doellman D. Infusion Therapy Standards of Practice. *J Infus Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 5];39(1 Suppl):S1-S168. Available from: <https://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde [Internet]. Brasília (DF): Anvisa; 2017 [citado 2019 Nov 5]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-5>.
- Dychter SS, Gold DA, Carson D, Haller M. Intravenous therapy: a review of complications and economic considerations of peripheral access. *J Infus Nurs*. 2012;35(2):84-91.
- Jacinto AK, Avelar AF, Pedreira ML. Predisposing factors for infiltration in children submitted to peripheral venous catheterization. *J Infus Nurs*. 2011;34(6):391-8.
- Gorski LA, Hagle ME, Bierman S. Intermittently delivered IV medication and pH: reevaluating the evidence. *J Infus Nurs*. 2015;38(1):27-46.
- Laudenbach N, Braun CA, Klaverkamp L, Hedman-Dennis S. Peripheral i.v. stabilization and the rate of complications in children: an exploratory study. *J Pediatr Nurs*. 2014;29(4):348-53.
- Machado AF, Pedreira ML, Chaud MN. Adverse events related to the use of peripheral intravenous catheters in children according to dressing regimens. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16(3):362-7.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer CAT No. 12/2010. Tala na fixação de acesso venoso em crianças [Internet]. 2010 [citado 2019 Nov 5]. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_12.pdf
- World Health Organization. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013 [Internet]. Oslo: WHO; 2012 [cited 2019 Nov 5]. Available from: https://www.whooc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf
- World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and related health problems [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2019 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
- Pagano M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. 2a ed. São Paulo: Thomson; 2004.
- Pedraza DF, Araujo EM. Hospitalizations of Brazilian children under five years old: a systematic review. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):169-82.
- Hetzler R, Wilson M, Hill EK, Hollenback C. Securing pediatric peripheral i.v. catheters application of an evidence-based practice model. *J Pediatr Nurs*. 2011;26(2):143-8.
- Malyon L, Ullman AJ, Phillips N, Young J, Kleidon T, Murfield J, et al. Peripheral intravenous catheter duration and failure in paediatric acute care: a prospective cohort study. *Emerg Med Australas*. 2014;26(6):602-8.
- Shenoy S, Karunakar BP. Factors influencing the peripheral venous catheter survival in critically ill children in a pediatric intensive care unit. *Indian J Pediatr*. 2014;81(12):1293-6.
- Levine LE, Munsch J. Child development from infancy to adolescence: an active learning approach. 2nd ed. London: SAGE; 2019.
- Wallis MC, McGrail M, Webster J, Marsh N, Gowardman J, Playford EG, et al. Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014;35(1):63-8.
- Ray-Barruel G, Xu H, Marsh N, Cooke M, Rickard CM. Effectiveness of insertion and maintenance bundles in preventing peripheral intravenous catheter-related complications and bloodstream infection in hospital patients: a systematic review. *Infect Dis Health*. 2019;24(3):152-68.
- Kleidon TM, Cattanach P, Mihala G, Ullman AJ. Implementation of a paediatric peripheral intravenous catheter care bundle: a quality improvement initiative. *J Paediatr Child Health*. 2019;55(10):1214-23.
- Sriupayo A, Inta N, Boonkongrat S, Kaphan K, Uttama J, Budsabonghiwan S, et al. Effectiveness of peripheral vascular catheter care bundle in the Pediatric Nursing Service, Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Chiang Mai Med J* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 5];53(2):63-73. Available from: <http://www.thaiscience.info/Journals/Article/CMMJ/10933704.pdf>
- Rozsa AP, Bell AJ, Tiitinen MT, Richards S, Newall F. Peripheral intravenous catheters in a paediatric population: circumstances of removal and time in situ. *Neonatal Paediatr Child Health Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 5];18(3):18-24. Available from: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=942105789735920;res=IELHEA>

PARIR E NASCER EM CASA: VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Ana Isabella Sousa Almeida¹ <https://orcid.org/0000-0002-3758-6151>

Carla Luzia França de Araújo² <https://orcid.org/0000-0002-9885-472X>

Objetivo: Discutir a vivência de enfermeiras que atuam na assistência ao parto domiciliar planejado, evidenciando práticas obstétricas, desafios e obstáculos.

Métodos: Estudo qualitativo, realizado no período de agosto de 2019 a março de 2020, com nove enfermeiras obstétricas atuante no cenário de parto domiciliar. Os dados foram coletados através de entrevista em profundidade, e analisados pela análise temática, considerando o método de narrativa de vida proposto por Daniel Bertaux. **Resultados:** Emergiram três temas: A opção pelo parto domiciliar: perfil de mulheres e escolhas; O resgate do processo fisiológico e o cuidado da enfermeira obstétrica no parto domiciliar planejado; O parto domiciliar no Brasil: obstáculos e desafios para a atuação da enfermagem obstétrica. **Conclusões:** Através deste estudo, constatou-se que a enfermagem obstétrica no parto domiciliar planejado apresenta-se como uma opção para o resgate do parto fisiológico. A vivência das enfermeiras obstétricas evidencia que ainda há inúmeros obstáculos no cenário do PDP, mas, ainda sim, a enfermagem obstétrica tem conseguido se fortalecer como um dos pilares no processo de humanização do parto.

Descritores: Parto domiciliar; Enfermagem obstétrica; Obstetria.

GIVING BIRTH AND BORN AT HOME: EXPERIENCES OF OBSTETRIC NURSES IN CARE DURING THE HOME BIRTH

Objective: Discuss the experience of nurses who work in care during the home birth, evidencing obstetric practices, challenges and obstacles. **Methods:**

Qualitative study carried out from August 2019 to March 2020 with nine Obstetric Nurses who work in home birth. Data were collected through an in-depth interview, and analyzed by thematic analysis, considering the life narrative method proposed by Daniel Bertaux. **Results:** Three themes emerged: The option for home birth: profile of women and choices; The rescue of the physiological process, and the care of the obstetric nurse in home birth; Home birth in Brazil: obstacles and challenges for the performance of obstetric nursing. **Conclusions:** Through this study, it was found that obstetric nursing in planned home birth is presented as an option for the rescue of physiological childbirth. The experience of obstetric nurses shows that there are still numerous obstacles in the PDP scenario, but even so, obstetric nursing has managed to strengthen itself as one of the pillars in the humanization process of childbirth.

Descriptors: Home birth; Obstetric nursing; Midwifery.

DAR LUZ Y NACER EN CASA: EXPERIENCIAS DE ENFERMERAS OBSTÉTRICAS EN CUIDADO DE NACIMIENTO EN CASA

Objetivo: Discutir la experiencia de las enfermeras que trabajan en la asistencia al parto en casa, mostrando prácticas obstétricas, desafíos y obstáculos.

Métodos: Estudio cualitativo, realizado desde agosto de 2019 hasta marzo de 2020, con nueve enfermeras obstétricas trabajando en el escenario de parto en casa. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista en profundidad, y analizado por análisis temático, considerando el método narrativo de la vida propuesto por Daniel Bertaux. **Resultados:** Surgieron tres temas: La opción para el parto en casa: perfil de mujeres y opciones; El rescate del proceso fisiológico y el cuidado de la enfermera obstétrica en el parto en casa; Parto en casa en Brasil: obstáculos y desafíos para el desempeño de la enfermería obstétrica. **Conclusiones:** El estudio muestra que, aunque el parto en casa ha sufrido ataques de algunos profesionales, todavía está consagrado como una alternativa al parto institucional, sin embargo, el gran desafío hoy es expandir este servicio a todos los estratos sociales. Mediante este estudio se encontró que la enfermería obstétrica en el parto domiciliario planificado se presenta como una opción para el rescate del parto fisiológico. La experiencia de las enfermeras obstétricas muestra que aún existen numerosos obstáculos en el escenario de la PDP, pero aún así, la enfermería obstétrica ha logrado fortalecerse como uno de los pilares en el proceso de humanización del parto.

Descriptor: Parto en casa; Enfermería obstétrica; Obstetria.

¹Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor Correspondente: Ana Isabella Sousa Almeida | E-mail: sbllalmeida@gmail.com

Recebido: 12/3/20 - Aceito: 06/1/21

INTRODUÇÃO

O parto domiciliar planejado é um assunto que vem sendo bastante discutido em vários países e tem repercutido mudanças no padrão da assistência. Em países como Canadá, Holanda e Austrália, o parto domiciliar é amplamente difundido, e inclusive incentivado pelo próprio sistema de saúde¹.

No Brasil, atualmente, o local mais utilizado para o parto é o hospital e a via mais utilizada, a cesariana². Aproximadamente, 98% dos partos ocorrem dentro de uma instituição de saúde e as taxas de cesariana alcançam uma média de 56% do total de partos, sendo o maior quantitativo na rede privada, com cerca de 80%³.

Na atualidade, o modelo brasileiro de assistência obstétrica predominante é produto de uma visão tecnocrática que descreve o parto como um evento de tecnologia médica com a crença de que os corpos femininos são máquinas deficientes e imprevisíveis e, portanto, na gravidez e no parto as mulheres correm sérios riscos².

A busca por mudanças na assistência ao parto no Brasil tem gerado um forte movimento em prol do direito das mulheres em tomarem decisões sobre seu próprio corpo. Enquanto mudanças nas práticas intervencionistas ainda não são realidade no setor hospitalar, o interesse pelo Parto Domiciliar Planejado (PDP) se fortalece. Em meio a esse movimento de resgate ao parto como um evento fisiológico e natural, a atuação da Enfermagem Obstétrica fortalece-se como um dos pilares do processo de humanização do parto e está associada a maior segurança e satisfação da parturiente.

No Brasil, o parto domiciliar planejado permanece sem uma regulamentação específica. A atuação da enfermagem obstétrica está regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, a qual refere que cabe à enfermeira, como membro da equipe multidisciplinar, a realização de acompanhamento pré-natal, do parto sem distócias e do puerpério, além da identificação dos riscos obstétricos, perinatais e tomadas de decisão até a chegada do médico. Vale destacar que a lei não restringe o local de atuação dos profissionais, e, portanto, não há dispositivo que impeça a assistência ao parto domiciliar planejado⁴.

No município do Rio de Janeiro, as enfermeiras obstétricas continuam ganhando espaço, entretanto têm enfrentado a oposição do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) que tenta coibir o exercício da enfermagem obstétrica no parto domiciliar planejado. Na tentativa de enfraquecer o movimento, o CREMERJ editou duas Resoluções – Nos. 265 e 266, ambas publicadas em

19 de julho de 2012, que em resumo, proíbem médicos de atuarem na retaguarda do parto domiciliar planejado e proíbe que gestantes contem com a assistência de obstetras, doulas, parteiras, entre outros, em ambiente hospitalar, esta última após vários julgamentos, ainda encontra-se em trâmite jurídico⁴.

Todavia, mesmo com os movimentos contrários, o parto domiciliar planejado vem crescendo em todo o país e o número de equipes de Enfermeiras Obstétricas aumentou significativamente, fato facilmente comprovado pelas redes sociais e Secretarias Municipais de Saúde⁴. Neste sentido, este estudo objetivou discutir a vivência de Enfermeiras Obstétricas que atuam em parto domiciliar planejado no Município do Rio de Janeiro, evidenciando as principais práticas obstétricas, os desafios e os obstáculos enfrentados durante a assistência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de caráter qualitativo, realizado no período de agosto de 2019 a março de 2020, com profissionais de enfermagem obstétrica que atuam no cenário do parto domiciliar planejado no município do Rio de Janeiro. Os profissionais foram captados através da técnica metodológica “*Snowball Sampling*” ou bola de neve. Esta técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo (“sementes”) indicam novos participantes (“filhos da semente”) que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto: o “ponto de saturação”⁵.

Ao todo, participaram do estudo, nove enfermeiras obstétricas, atuantes no cenário do parto domiciliar planejado no Município do Rio de Janeiro. As células geradoras (sementes) foram captadas por conveniência e convivência nos campos de prática da Residência em Enfermagem Obstétrica. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade, gravadas, e armazenadas para posterior transcrição. Nesta etapa, utilizou-se o método de narrativa de vida proposto por Daniel Bertaux⁶, no qual o pesquisador constantemente interage com o informante, e a sua principal função é estabelecer um vínculo entre informante-chave e pesquisador, a fim de compreender a vivência de determinado grupo, pessoas ou organizações.

O tamanho da amostra teve como base a saturação, tendo em vista que o número de profissionais entrevistados foi suficiente para permitir certa reincidência de informações. Como critérios de inclusão consideraram-se: ser enfermeiro com especialização em enfermagem obstétrica; e possuir experiência de mais de um ano em parto domiciliar

planejado. Foram excluídos da pesquisa enfermeiros que não atuavam no cenário de parto domiciliar planejado no município do Rio de Janeiro, no momento da pesquisa.

Após uma leitura flutuante das entrevistas transcritas, os dados foram analisados pela análise temática, destacando os pontos relevantes e selecionando os temas mais marcantes.

Este estudo atendeu às prerrogativas da Resolução No. 466/12 e da Resolução No. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e recebeu parecer positivo do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. CAAE: 18194019.1.0000.5238, e número do parecer: 3.604.816. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Conhecimento Livre Esclarecido (TCLE). Foi preservado o anonimato, identificando a fala dos entrevistados através de códigos alfanuméricos (E=entrevista), em ordem numérica crescente, de acordo com ordem em que foram entrevistados.

RESULTADOS

Na análise dos dados constatou-se que dentre os nove participantes, todos eram do gênero feminino, em uma faixa etária que variou entre 26 a 51 anos e que apresentavam tempo de atuação no cenário de parto domiciliar entre 3 a 12 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Característica dos participantes do estudo, segundo gênero, idade e anos de atuação no cenário do parto domiciliar planejado

Entrevista	Gênero	Idade	Anos de atuação (parto domiciliar planejado)
E01	F	40	10 ANOS
E02	F	29	4 ANOS
E03	F	30	4 ANOS
E04	F	41	3 ANOS
E05	F	32	4 ANOS
E06	F	37	8 ANOS
E07	F	51	3 ANOS
E08	F	40	12 ANOS
E09	F	35	4 ANOS

Após a análise temática, o corpus do estudo possibilitou a organização do conteúdo a partir de três principais temas: *A opção pelo parto domiciliar: perfil de mulheres e escolhas; O resgate do processo fisiológico e o cuidado*

da enfermeira obstétrica no parto domiciliar planejado; O parto domiciliar no Brasil: obstáculos e desafios para a atuação da enfermagem obstétrica.

A opção pelo parto domiciliar: perfil de mulheres e escolhas

A temática aponta para o reconhecimento dos motivos que levam as gestantes a optarem pelo parto domiciliar planejado, e suas características. Os depoimentos nos mostram que o fator econômico (caracterizado pela desigualdade de renda) ainda é importante barreira no acesso ao parto domiciliar planejado, que em geral, torna-se seletivo, à medida que, o modelo de assistência só consegue ser acessado por determinadas camadas sociais.

"[...] A verdade é que o parto domiciliar ainda é voltado para determinado perfil econômico, classe média e classe média alta, que na sua maioria são mulheres brancas né, infelizmente, essa é a realidade do parto domiciliar no Rio de Janeiro" (E06).

"[...] O perfil? São mulheres que tem dinheiro, infelizmente. Parto domiciliar não é para todas as mulheres. Então, se eu for falar de perfil socioeconômico, geralmente são mulheres brancas, com poder aquisitivo maior. [...] Infelizmente parto domiciliar ainda é extremamente excludente". (E09).

A inquietação de alguns profissionais em relação à seletividade desse modelo de assistência, os impulsiona a promover adaptação de valores e condições e/ou trabalhos filantrópicos que objetivem provocar mudança no perfil de mulheres assistidas. Embora não seja um modelo ideal, mostra-se como um modelo em construção e em busca de universalidade.

"[...] A gente se inquieta muito com esse perfil de mulheres, então a gente sempre conversa pra dar um valor que esteja no orçamento da pessoa, e também fazemos alguns acompanhamentos filantrópicos" (E02)

"[...] Eu sei que ainda não é o ideal. Mas a gente faz certas filantropias, redução de valores para algumas mulheres, mas a gente não consegue fazer para todas" (E03)

"[...] Eu sempre me inquietei muito com essa questão, de nem toda mulher conseguir pagar. [...] Eu queria mudar esse padrão então idealizei uma nova maneira de assistir um grupo de mulheres que de certa forma eram excluídas, mas o meu grupo ele já trouxe na proposta essas questões. [...] e a gente tá conseguindo mudar esse perfil. Hoje a maioria das mulheres que nós

atendemos são negras e pardas, e mesmo quando se trata de mulheres brancas, a maioria é periférica” (E06)

Em relação às escolhas e motivos que levam as gestantes e casais optarem pelo parto domiciliar planejado, observa-se em unanimidade nos depoimentos questões relacionadas ao medo de intervenções desnecessárias no cenário de parto hospitalar. O envolvimento familiar, a privacidade do lar, e os vínculos afetivos também foram registrados como motivos que levam mulheres e casais a optarem pelo parto domiciliar.

“[...] infelizmente a opção pelo PD pelo que eu vejo é por conta de uma maior liberdade, maior respeito as escolhas da mulher, dessa troca de informações e de poder participar das escolhas do seu parto, o que institucionalmente ela não consegue. [...] Muitas têm medo da instituição hospitalar, tem medo de sofrer violência obstétrica, as vezes é por proteção também, né?” (E09).

“[...] eu acredito que as mulheres que optam pelo parto domiciliar são mulheres que não querem passar por protocolos médicos desnecessários. Querem manter o seu ambiente de privacidade, querem ter o seu momento íntimo com a família” (E07)

O resgate do processo fisiológico e o cuidado da enfermeira obstétrica no parto domiciliar planejado

Observa-se nos discursos que a inserção da enfermagem obstétrica no cenário do parto domiciliar reforça a luta em prol do resgate ao parto como um processo fisiológico e natural. Nota-se que os cuidados desenvolvidos por essas profissionais possibilitam um atendimento holístico, que prioriza a liberdade, o respeito e a autonomia feminina, sem abandonar os princípios científicos do processo.

“[...] Eu dou liberdade para ela poder se expressar e poder identificar no corpo dela qual é a necessidade. É óbvio que se eu notar que eu estou com um bebê que está transverso, que precisa rodar. Eu posso propor a ela uma posição diferenciada que facilite essa rotação. Mas é tudo negociado, o tempo inteiro. Acho que isso faz uma grande diferença” (E01).

“[...] No parto domiciliar, a nossa assistência é em geral observatória, expectante. Pois tudo já é conversado na consulta de pré-natal, tecnologias não invasivas do tipo: massagens, posições, que ela pode assumir, banho de chuveiro. Então, respeitando a liberdade e autonomia da mulher” (E04).

“[...] a assistência do enfermeiro obstetra no cenário do parto domiciliar, no primeiro momento é ter consciência que a gente está ali para proteger aquela mulher, proteger aquele cenário. Porque mulheres sabem parir e bebês sabem nascer, né? [...] É tirar as dúvidas, e no momento da assistência ao parto, é de observar as intercorrências, observar o que tá saindo do caminho do fisiológico, e saber quando intervir” (E05).

Nos discursos também podemos observar que a assistência da enfermeira obstétrica é facilitada pelo vínculo criado durante todo o processo de pré-natal com a gestante e a família. A ausência de rotinas e protocolos hospitalares, principalmente no que se refere a intervenções desnecessárias também foram citadas como aspectos facilitadores do trabalho desenvolvido pela enfermagem obstétrica no cenário de parto domiciliar. Como podemos observar a seguir:

“[...] No hospital eu tenho protocolos mais rígidos a ser seguidos, e isso atrapalha o processo fisiológico. No domicílio, é bem mais simples, o cuidado é um a um. São duas enfermeiras, uma para atender a mulher, e outra pra atender o bebê. E geralmente eu já conheço aquela mulher, geralmente não, sempre. Conheço aquela mulher na qual acompanho o pré-natal dela. [...] A gente faz um trabalho todo no pré-natal antes até chegar o momento do parto” (E03)

“[...] Eu acho que quando você atende parto domiciliar, necessariamente você necessita atender pré-natal para estabelecer assim essa relação de confiança, que é fundamental para um parto tranquilo, rápido e até mesmo para quando a gente precisar intervir, a mulher entenda que aquilo é realmente necessário” (E06)

“[...] O parto domiciliar nos permite fornecer um atendimento muito familiar. Não existem todos aqueles protocolos hospitalares, e isso ajuda muito. [...] Não tem aquela coisa da rotina hospitalar. Então isso, pra elas traz muito conforto, muita comodidade” (E07)

O parto domiciliar no Brasil: obstáculos e desafios para a atuação da enfermagem obstétrica.

Essa temática destaca as principais características do cenário do parto domiciliar planejado no Brasil. Os discursos das entrevistadas revelam que embora se tenha avançado muito em relação à inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao parto domiciliar planejado, a resistência por parte de entidade médicas com relação

à participação desses profissionais nesse cenário tem se caracterizado como o principal obstáculo na prática assistencial. Como podemos observar nos seguintes discursos:

“[...] O conselho de medicina bota processo contra as enfermeiras obstétricas, joga na rede social, e diz que é perigoso e arriscado parto em casa. Tem todo um movimento de denegrir a imagem da enfermeira obstétrica e isso nos prejudica muito” (E01).

“[...] Eu mesma já fui alvo do conselho de medicina, respondi processos, eles tentam de toda forma cercar a nossa assistência. Proibir que a enfermeira obstétrica atue no parto domiciliar; e, isso irrita muito” (E08)

Alguns discursos referem que a insistência em coibir a assistência da enfermagem obstétrica ao parto domiciliar se deve a uma disputa de mercado por parte das instituições corporativas.

“Eles (os médicos) entendem isso como perda de mercado. [...] Não importa se isso é o melhor para mulheres. Eles não estão pensando na mulher. Eles estão pensando no mercado. É um mercado que eles estão perdendo” (E03)

“Na verdade, os ataques da classe médica não é nenhuma novidade. [...] mas a questão começou a mudar quando o parto domiciliar chegou ao cenário urbano. Por uma questão de mercado, que eles consideram extremamente lucrativo, eles pensam: agora chega um monte de enfermeiro, que na cabeça deles é hierarquicamente menor, vendendo parto por 8 mil reais” (E06)

Segundo os depoentes o principal desafio para a assistência da enfermagem obstétrica no cenário de parto domiciliar é a inexistência de um suporte do Sistema Único de Saúde (SUS), seja em relação à universalidade da assistência, seja na ausência de referência hospitalar para possíveis transferências e apoio do sistema de regulação de urgências e emergências.

“Eu acho que o principal desafio é a gente não ter um suporte da rede do SUS, mesmo de uma rede hospitalar, né, porque, a gente é sempre vista como a que está na ilegalidade. E essa é uma sensação muito constante para todo mundo que trabalha com parto em casa” (E07)

“Desafio é a gente não poder ofertar esse serviço no SUS né? O modelo ideal seria um modelo onde todas as mulheres pudessem parir em casa pelo SUS” (E02)

“Um grande desafio é atuar sem apoio de uma rede. Quando precisa de uma transferência, por exemplo, e

que seja uma rede que quando a mulher chegue no serviço hospitalar não seja julgada, não tenha medo, rede de apoio né? Isso falta” (E06)

DISCUSSÃO

O cenário de parto domiciliar no Brasil resgata a história da naturalidade do parto. Alguns autores⁷ consideram que o parto domiciliar planejado tem sido uma tendência crescente entre as mulheres brasileiras nos últimos anos, em decorrência da rápida disseminação de informação entre elas.

O tema 1: A opção pelo parto domiciliar: perfil de mulheres e escolhas, revela que esse modelo de assistência tem atingido, em sua maioria, mulheres de classe média, que possuem maior acesso à informação e podem pagar pelo serviço, corroborando assim com o estudo⁸ sobre experiência de mulheres, acompanhantes e enfermeiras obstétricas no parto domiciliar planejado, ao concluir que o PDP faz parte do contexto de mulheres de classe média, pois essas possuem maior facilidade de acesso à informação, permitindo que elas cheguem a uma escolha baseada nesses dados.

Sobressalta-se também, nos discursos dos participantes que a opção pelo parto domiciliar está relacionada à fuga do modelo medicalizado, e institucionalizado. As inúmeras intervenções desnecessárias e o medo da violência obstétrica levam mulheres a recorrerem com mais frequência ao parto no domicílio. Em contrapartida, há mulheres que optam pelo PDP pelo simples fato de o domicílio possibilitar a inclusão dos filhos e favorecer o apoio familiar. O ponto de partida para as mulheres optarem pelo parto domiciliar não é o desejo pelo local em si, mas a rejeição a uma cascata de intervenções obstétricas que culminam nas cesáreas, ou nos partos via vaginal repletos de intervenções quando realizados nos hospitais e nas maternidades⁹.

O parto domiciliar constitui um modelo holístico em que o empoderamento da mulher se faz presente, fortalecendo também a unidade familiar a partir da conjugação de elementos de diferentes paradigmas e filosofias utilizados a serviço do indivíduo e da família^{10,11}.

Através do tema 2: O resgate do processo fisiológico e o cuidado da enfermeira obstétrica no parto domiciliar planejado, evidencia-se que a vivência das enfermeiras obstétricas no cenário de parto domiciliar resgata a naturalidade do parto e constrói um novo modelo de assistência pautado em evidências científicas ampliando a autonomia feminina e devolvendo o protagonismo do parto à mulher. Dessa forma, a atuação da enfermeira obstétrica no parto domiciliar inclui liberdade de escolhas, apoio emocional e vínculo, portanto, considerando sempre a mulher como

sujeito ativo no processo. Assim, o parto domiciliar planejado apresenta uma opção concreta como resgate ao modelo de parto fisiológico, historicamente compatível com o processo parturitivo natural¹².

Embora as evidências científicas apontem que o parto domiciliar é seguro, desde que a gestação seja de risco habitual, as entidades médicas do Brasil ainda são bastantes resistentes a esse modelo. O tema 3: O parto domiciliar no Brasil: obstáculos e desafios para a atuação da enfermagem obstétrica, retrata esse contexto. Autores⁷ descrevem que a classe médica no Brasil é rigorosamente contra o parto em ambiente doméstico, pois alegam que o parto fora do hospital expõe a parturiente e a criança a riscos que podem ser evitados ou problemas que facilmente podem ser solucionados dentro de um centro obstétrico, por conta da imprevisibilidade das circunstâncias⁷.

Nestas circunstâncias, a enfermagem obstétrica vem sofrendo inúmeras críticas das entidades médicas por atuarem no campo da assistência ao parto domiciliar. Entretanto, as enfermeiras continuam ganhando espaço, e quando determinados ícones sociais passaram a buscar pelo parto domiciliar planejado para o nascimento de seus filhos, a grande mídia televisiva passa a ter maior interesse sobre o assunto, o que culminou com aumento das rivalidades políticas entre algumas classes profissionais, mais precisamente os conselhos profissionais de medicina, com destaque para o regional do Rio de Janeiro, com ações específicas de perseguição às Enfermeiras, e o Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina e Brasília com manifestações em casos pontuais⁴.

Em meio a obstáculos e desafios. O discurso das entrevistadas aponta para importante barreira na assistência: a falta de suporte da rede SUS. O sistema de saúde não oferece a possibilidade de parto domiciliar dentro de seu quadro de procedimentos, deixando essa escolha somente para as mulheres que tenham condições de pagar tal assistência¹³.

Assim sendo, esse modelo de assistência ainda não é oferecido gratuitamente pelo SUS, concomitantemente

não há uma comunicação direta entre o profissional, a rede de urgência e emergência, e o hospital de referência da parturiente, dificultando o acesso de parturientes que necessitem de transferência para a rede hospitalar.

Embora, considere-se que o número de entrevistados tenha atingido o critério de saturação, o estudo apresentou limitações importantes quanto ao tamanho da amostra, uma vez que o número reduzido de entrevistados fragiliza a análise dos dados. Portanto, sugerem-se novos estudos sobre a temática na região estudada.

Acredita-se que esse estudo oferece visibilidade à prática da enfermagem obstétrica no cenário do parto domiciliar, e fornece subsídios para suscitar discussões sobre questões relacionadas aos benefícios do parto domiciliar planejado, e a emergência em se construir novas práticas no setor saúde, que possam incluir o parto domiciliar planejado nas políticas públicas de saúde do Brasil, a fim de ampliar este serviço para todas as camadas sociais.

CONCLUSÃO

Através deste estudo, constatou-se que a enfermagem obstétrica no parto domiciliar planejado, apresenta-se como uma opção para o resgate da naturalidade do parto. Este modelo favorece a liberdade de escolha e autonomia da mulher, além de ampliar os vínculos familiares. A vivência das enfermeiras obstétricas, evidencia que, ainda há inúmeros obstáculos no cenário do PDP, tais como: a ausência de democratização do serviço a todas as camadas sociais, a inexistência do serviço no sistema único de saúde, e a oposição por parte de algumas classes profissionais. Ainda sim, a enfermagem obstétrica tem conseguido se fortalecer como um dos pilares no processo de humanização do parto.

Contribuições dos autores:

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão: Ana Isabella Sousa Almeida e Carla Luzia França de Araújo.

REFERÊNCIAS

1. Sanfelice CF, Shimo AK. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2014 [citado 2019 Set 9];35(1):157-60. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/41356>
2. Castro MR, Koettker JG, Vogt SE, Reis SN. O parto domiciliar: atenção à mulher e família. Âmbito privado e público (Hospital Sofia Feldman). In: Souza KV, Caetano LC, organizadores. Saúde das mulheres & enfermagem: temas emergentes. Belo Horizonte: Traços Leal; 2018. p. 14-37.
3. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2019 Nov 8]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
4. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de Comissão Nº 003/2019/CNSM/COFEN. Enfermagem Obstétrica. Parto domiciliar [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html

5. Baldin N, Munhoz BEM, editores. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária [Internet]. Anais do X Congresso Nacional de Educação; 2011 Nov 7-10; Curitiba, Paraná. 2011 [citado 2020 Jan 25]. Disponível em: <https://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2011/>
6. Bertaux D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. Cah Int Sociol. 1980;69:197-225.
7. Kruno RB, Silva TO, Trindade PT. A vivência de mulheres no parto domiciliar planejado. Saúde (Santa Maria) [Internet]. 2017 [citado 2019 Nov 10];43(1):22-30. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/17736>
8. Peripolli LO. A experiência de mulheres, acompanhantes e enfermeiras obstétricas no parto domiciliar planejado [dissertação] [Internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2019 [citado 2020 Jan 20]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/60848/R%20-%20D%20-%20LARISSA%20DE%20LIVEIRA%20PERIPOLLI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Lessa HF, Tyrrell MA, Alves VH, Rodrigues DP. A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. Rev Pesqui Cuid Fundam On Line [Internet]. 2018 [citado 2020 Jan 12];10(4):1118-22. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5436/pdf_1
10. Menezes PF, Portella SD, Bispo TC. A situação do parto domiciliar no Brasil. Rev Enferm Contemp [Internet]. 2012 [citado 2020 Jan 20];1(1):3-43. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/38>
11. Araujo AS, Correia AM, Rodrigues DP, Lima LM, Gonçalves SS, Viana AP. Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2018 [citado 2020 Fev 2];12(4):1091-6. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/230120/28686>
12. Mattos DV, Vandenberghe L, Martins CA. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2016 [citado 2020 Ago 24];10(2):568-75. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10991/12343>
13. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2020 [citado Ago 24];25(4):1433-4. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401433&lng=pt&nrm=iso&tng=pt

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DO PARTO HUMANIZADO

Irisvanda de Sousa Barbosa¹ <https://orcid.org/0000-0002-6736-4103>

Ana Maria Martins Pereira² <https://orcid.org/0000-0003-2885-3075>

Nicolau da Costa³ <https://orcid.org/0000-0001-9845-7292>

Sibele Lima da Costa Dantas² <https://orcid.org/0000-0001-7196-3769>

Diego Jorge Maia Lima¹ <https://orcid.org/0000-0003-4708-3088>

Antonia de Maria Gomes Paiva² <https://orcid.org/0000-0002-5743-1819>

Objetivo: Compreender a percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde acerca do parto humanizado. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado durante os meses de outubro e novembro de 2018 com dez enfermeiros que trabalham em unidade básica de saúde, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram organizados em temáticas e interpretados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** Percebe-se que as enfermeiras, demonstram ter conhecimento das práticas de humanização do parto, porém relatam encontrarem dificuldades para colocar em prática; como também para identificar como se dá a preparação das gestantes para o parto normal. **Conclusão:** Os enfermeiros compreendem os aspectos inerentes à humanização, bem como valorizam as ações práticas que a compõem, enfatizando a importância da legislação sobre o assunto.

Descritores: Enfermagem; Atenção primária à saúde; Parto; Parto humanizado.

NURSE'S PERCEPTION OF PRIMARY CARE ABOUT HUMANIZED BIRTH

Objective: To understand the perception of nurses in primary health care about humanized childbirth. **Methods:** This is a descriptive study with a qualitative approach carried out with ten nurses who work in the basic health unit, conducted in October to November 2018, through semi-structured interviews. The data were organized into themes and interpreted according to the Content Analysis Technique. **Results:** It is clear that nurses demonstrate knowledge of the humanization practices of childbirth, but they report finding difficulties to put into practice; as well as to identify how pregnant women prepare for normal childbirth. **Conclusion:** Nurses understand the aspects inherent to humanization, as well as value the practical actions that compose it, emphasizing the importance of legislation on the subject.

Descriptors: Nursing; Primary health care; Childbirth; Humanized birth.

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL NACIMIENTO HUMANIZADO

Objetivo: Comprender la percepción de las enfermeras en la atención primaria de salud sobre el parto humanizado. **Métodos:** Este es un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo realizado con diez enfermeras que trabajan en la unidad básica de salud, realizado en octubre a noviembre de 2018, a través de entrevistas semiestructuradas. Los datos fueron organizados en temas e interpretados de acuerdo con la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Está claro que las enfermeras demuestran conocimiento de las prácticas de humanización en el parto, pero informan que encuentran dificultades para ponerlas en práctica; así como para identificar cómo las mujeres embarazadas se preparan para un parto normal. **Conclusión:** Las enfermeras entienden los aspectos inherentes a la humanización, y valoran las acciones prácticas que la componen, enfatizando la importancia de la legislación sobre el tema.

Descriptorios: Enfermería; Atención primaria de salud; Parto; Parto humanizado.

¹Faculdade Terra Nordeste, Caucaia, CE, Brasil.

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

³Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Autor Correspondente: Nicolau da Costa | E-mail: nickddacosta@gmail.com

Conflitos de interesse: artigo extraído do trabalho de conclusão de Curso.

Recebido: 14/3/20 - Aceito: 06/01/2021

INTRODUÇÃO

A modernização da obstetrícia substituiu o protagonismo da mulher e culminou na modificação do cenário e da cena do parto. Com o desenvolvimento obstétrico, o contexto da parturição foi vinculado à mulher incapaz de parir sem utilizar-se de tecnologias. Atualmente, sabe-se que as intervenções e condutas realizadas na assistência ao trabalho de parto e parto têm o potencial de desqualificar o cuidado fornecido à mulher durante o parto, desconsiderando os seus direitos e de sua família nesse processo¹.

Diante disso, mudanças têm sido propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatizando a importância de um cuidado que promova o resgate do parto natural, contemplando seu caráter fisiológico, sob a perspectiva da humanização, além de incentivar a atuação de enfermeiros obstetras e equipes qualificadas na assistência à gestação e ao parto².

Nesse contexto, a garantia de viver e vivenciar plenamente a gestação, o parto e pós-parto é dever dos profissionais de saúde, que devem estar comprometidos com a qualidade do nascimento. Para disseminar a proposta da humanização, tem-se buscado ampliar as ações de qualificação profissional, pois a assistência à saúde desqualificada e a ausência de acompanhamento profissional são fatores que causam percepções negativas sobre o parto¹.

Nessa perspectiva, a atenção humanizada ao parto refere-se à necessidade de um novo olhar, compreendendo-o como uma experiência verdadeiramente humana. Acolher, ouvir, orientar e criar vínculo são aspectos fundamentais no cuidado às mulheres. A humanização da assistência tem papel importante para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora.

Assim, a humanização e ética dos profissionais de saúde, aliados à organização das unidades são essenciais para que possam receber os usuários de forma respeitosa e acolhedora. Pode ser compreendida por pelo menos dois aspectos importantes e fundamentais: o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das instituições de saúde receber com dignidade os usuários, e que isto requer atitude; o outro requer a adoção de medidas para que os procedimentos feitos sejam benéficos às pacientes, evitando práticas indesejáveis e não humanizadas. Toda parturiente tem o direito de escolher, junto à equipe multiprofissional, os procedimentos mais adequados ao seu processo de parto³.

Para isso, fazem-se necessários investimentos financeiros nas unidades de saúde, por parte dos gestores, mudança de postura dos profissionais de saúde e implementação

de base científica no cuidado, visto que o acolhimento do enfermeiro à mulher durante o pré-natal se dá pela receptividade, empatia, escuta qualificada, acolhimento, expressando uma ação de aproximação, com formação de vínculo, favorecendo seu fortalecimento e preparo, até o momento do parto, para que esse ocorra de forma tranquila, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando, assim, uma experiência positiva³.

Considerando o exposto, o presente estudo buscou responder à seguinte questão: Qual a percepção do enfermeiro da Atenção Primária sobre as práticas humanizadas no parto? A justificativa do estudo pauta-se na importância da detenção de conhecimento sobre humanização pelo enfermeiro, visto que o seu conhecimento favorece a autonomia das gestantes, passando a ter voz ativa nas escolhas referentes ao seu parto, contribuindo para a diminuição de intervenções desnecessárias, inclusive das taxas de cesarianas.

Assim, o estudo tem como objetivo compreender a percepção dos enfermeiros da atenção primária acerca do parto humanizado.

MÉTODOS

Estudo de natureza descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. O componente qualitativo nos permitiu utilizar um roteiro semiestruturado, o qual deve se apoiar nas variáveis e indicadores, considerados essenciais para construção de dados empíricos. Esse roteiro deve ser organizado de tal forma que permita flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua relevância⁴.

A pesquisa foi realizada em todas as Unidade Básica de Saúde- UBS do município de Paracuru, localizado a 84 quilômetros da capital de Fortaleza- CE. Atualmente O município possuem 10 unidades básicas de saúde com a média mensal de atendimento de 390 gestantes. A coleta de dados, foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2018. A amostra total dos entrevistados foi composta por 10 enfermeiros que atendem nestas unidades de saúde, sendo excluídos da amostra os que se encontravam afastados das atividades laborais por licença ou férias.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. Para viabilizar o processo da coleta de dados e respeitar a fidedignidade das falas, fez-se uso de um gravador, após consentimento dos entrevistados.

Os enfermeiros convidados a participar da entrevista foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e concordaram assinar o termo de consentimento livre e

esclarecido. Foi assegurado durante a entrevista, a privacidade, o respeito pelas expressões de emoções e sentimentos, a liberdade de resposta sem julgamento, o anonimato e o sigilo. Não foi usado, portanto nenhum instrumento de identificação dos entrevistados.

Os dados oriundos da primeira parte do roteiro de entrevista foram organizados em quadros e/ou tabelas e os dados narrativos, advindos da questão norteadora, foram divididos em três etapas: I -Pré-análise, II -Exploração do material e III -Tratamento dos resultados e exploração.

Inicialmente, para realização da *pré-análise* foi feita uma leitura flutuante do material, para que os mesmos fossem posteriormente escolhidos, organizados e sistematizados, de acordo com as ideias surgidas nas entrevistas. Em seguida, para *exploração do material* realizamos leitura atenta de todo o material, com o objetivo de agruparmos as ideias convergentes e divergentes. Essa categorização resultou em oito categorias, a saber: Influência de profissionais sobre a via de parto; Percepção do parto humanizado; Dificuldades e facilidades para a humanização no atendimento; Sobre os grupos de gestantes; Percepção sobre Rede Cegonha e sua aplicabilidade no seu serviço; Presença do acompanhante; Práticas não farmacológicas para alívio da dor; Estímulo ao aleitamento materno e vínculo mãe-bebê.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Terra Nordeste-FATENE, sendo assegurados, dessa forma, os princípios éticos e legais para pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução No. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde⁵, sendo aprovado com parecer No. 1.891.559.

RESULTADOS

Todas as entrevistadas são do sexo feminino, a maioria casada, atuando há mais de 4 anos no programa de estratégia de saúde da família, e todas possuem pelo menos uma pós-graduação.

Os resultados foram apresentados de acordo com os temas, utilizando-se de alguns discursos e as ideias centrais que foram a base para a análise dos dados.

Influência de profissionais sobre a via de parto

As enfermeiras acreditam na possibilidade de influenciar a escolha pela via de parto.

Acredito que o profissional durante o pré-natal possa influenciar na decisão da gestante quanto à via de parto, oferecendo informações sobre os tipos de partos e os benefícios de cada parto tanto para a gestante quanto para o bebê e agendar a visita na maternidade (E4).

Sim, quando a gestante já vem com a sua opinião formada eu tento intervir através de um acolhimento, um diálogo demonstrando informações tanto de um parto como o de outro, as dificuldades de ambos os partos e os benefícios. Procuo fazer isso sempre logo no início do pré-natal para ganhar confiança delas (E2).

Em oposição à afirmação anterior, há enfermeiros que discordam, afirmando que a escolha é da mulher e da família, mas que oferecem informações para elas, mostrando as vantagens e desvantagens dos tipos de parto.

Intervir não, mas podemos falar dos tipos de parto, em que situações cada um é mais adequado e incentivar para que ela se sinta potente e reconheça no seu corpo a escolha pelo parto, tornando uma escolha natural, dando todo apoio emocional, suporte teórico e deixar ela escolher (E6).

Eu acho que interferir na decisão do parto não, mas a gente pode informar como é um parto, o que ela vai passar, informar o que é uma cesariana, dos riscos cirúrgicos, informar tudo, tanto de um parto normal quanto de um parto cesariano, quais os riscos e benefícios ela tem em ambos os partos, e assim deixar ela decidir, essa é a parte da humanização, a humanização apenas da informação e deixar a pessoa decidir o que ela quer para ela e que ela acha melhor para a família dela (E7).

Percepção do parto humanizado

As participantes concordam que parto humanizado consiste naquele onde a mulher tem autonomia durante todo o processo, quando ela conhece seu corpo e é respeitada nas suas escolhas, sejam elas na posição de parir, escolha do acompanhante, sem que haja intervenções desnecessárias durante todo o trabalho de parto e parto.

Parto humanizado para mim é o parto que se respeita as decisões da mulher, que a mulher pode escolher a posição que vai ficar, pode escolher quem vai ter como acompanhante, procedimentos que vão ser realizados, escolher quais são as massagens, o que ela prefere no parto, essa decisão da mulher, quando se respeita a mulher, para mim isso é um parto humanizado. (E7).

Parto humanizado é aquele que a mulher decide como vai ser o parto, onde a mulher é quem diz a posição no qual ela quer ter o seu filho e a presença do parceiro pode ser um fator, no parto humanizado se respeita todo processo natural evitando condutas desnecessárias, (E9).

Dificuldades e facilidades para a humanização no atendimento.

Como dificuldades para a implementação da humanização, foram citados a falta de insumos, como cartão da gestante, grande demanda de gestantes para o turno de trabalho, além da estrutura física das unidades. Para outras, a maior dificuldade é a adesão das gestantes aos grupos específicos para a referida demanda.

Acho que as dificuldades muitas vezes encontradas são os números de gestantes e o número reduzidos de profissionais nas equipes impossibilitando que se faça um atendimento individual e em grupo e com mais qualidade. Já as facilidades são o fácil acesso aos exames de rotina, boa assiduidade das gestantes e vínculo dessas com a profissional (E3).

Facilidade: entendimento, interesse da gestante sobre o parto humanizado, aceitando orientações quanto ao posicionamento e atividades desenvolvidas no trabalho de parto. Dificuldades: acompanhante ou do parceiro no momento do pré-parto um local onde o casal poderia tirar todas as dúvidas sobre as possibilidades no transcorrer da gestação e do trabalho de parto, (E1).

Sobre os grupos de gestantes.

Sobre a realização de atendimentos em grupos, surgiram as seguintes falas:

Iniciei um grupo de gestantes no mês de agosto de 2018 onde tivemos educação a saúde com os temas aleitamento materno e direito da gestante. Agendamos outras palestras com o tema de alimentação saudável e cuidados com a saúde oral, no planejamento abordamos outros diversos temas onde falamos do trabalho de parto e cuidados com o RN (E1).

Em relação ao grupo de gestantes, atualmente mudei de unidade, eu não estou fazendo grupo de gestante, na unidade anterior depois que voltei da minha licença, nós não conseguimos organizar o grupo de gestantes (E7).

Percepção sobre Rede Cegonha e sua aplicabilidade no seu serviço.

A importância da Rede Cegonha foi enfatizada, apesar da necessidade de ajustes, para se adequar às diversas realidades.

Acho que a Rede Cegonha veio para organizar a estrutura obstétrica do SUS, então eu na minha visão trouxe muitos benefícios, hoje em dia nós temos uma rede mais organizada, a gente sabe a maternidade de referência, se aquela maternidade de referência não tiver condições de assumir a gestante, se for um município de pequeno porte, ela já tem uma maternidade de encaminhamento. É claro que o SUS tem seus entraves, tem suas dificuldades, questão de vagas, superlotação, mas vejo como um ponto positivo, ela trouxe também para as unidades básicas alguns aparelhos, como sonar, que só veio depois que a Rede Cegonha foi instalada. Alguns protocolos de atendimentos que vieram de forma que a gente de organizar o atendimento dessa gestante, na minha visão deu uma organização no sistema (E7).

Quanto às políticas de humanização do parto, são uma estratégia que traça ações de acompanhamento do pré-natal de forma que todas as gestantes sejam atendidas de forma igual, incentiva o parto natural, fortalecendo a humanização durante o parto. Na nossa unidade, tentamos seguir as ações preconizadas pela política incentivando a presença do parceiro nas consultas (E4).

Presença do acompanhante.

A presença de acompanhante de livre escolha da gestante é essencial, porém infelizmente nem sempre os hospitais concedem esse direito.

O incentivo do acompanhante durante o parto se inicia no pré-natal, orientando sobre a escolha do acompanhante e comparecimento durante as consultas, para que também seja orientado sobre o trabalho de parto. O que dificulta é porque nosso município, devido à estrutura física do hospital, algumas vezes não aceita o acompanhante do sexo masculino (E4).

A dificuldades é da gestante, em ter um acompanhante no hospital. Eu até estímulo, mas muitas vezes elas são barradas na unidade em que vão ter o bebê e acaba que meu trabalho fica em vão. Mas acho muito importante! Que pena que não cumpre a lei (E5).

Práticas não farmacológicas para alívio da dor.

As entrevistadas relatam deter conhecimentos sobre estes e que os repassam para as gestantes.

Sabemos que essas práticas não farmacológicas, ainda são pouco divulgadas. Muitas, vezes a

prescrição médica que é feita durante o trabalho de parto é a medicação para que se evite a dor, mas já vejo grandes mudanças principalmente com o parto humanizado. Eu sei que alguns hospitais estão intensificando mais isso, então a possibilidade de intervir não farmacologicamente tem sido maior. Conheço algumas práticas como massagem, banhos mornos, caminhada e isso ajuda a relaxar a mulher e aliviar a dor, inclusive indicamos isso à gestante durante o pré-natal (E5).

Sim, exercício respiratório, relaxamento muscular, massagens lombo sacral e banho de chuveiro (E1).

Estímulo ao aleitamento materno e vínculo mãe-bebê

As enfermeiras relataram a importância de trabalhar a temática do aleitamento materno para as gestantes, durante o pré-natal, explicando seus benefícios para ambos.

As orientações devem iniciar ainda no pré-natal, sobre o preparo das mamas, pega correta, colocar a criança no seio logo após o parto, incentivar o aleitamento exclusivo, explicando e orientando suas vantagens e benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. Realizar a visita puerperal, identificar as dificuldades na amamentação, oferecer apoio à puérpera, para que ela consiga amamentar exclusivamente até os 6 meses de vida (E4).

Sabemos que o AME deve ser até os seis meses. Não deveria mais ser assim, porém essa prática ainda é muito difícil de ser implementada, por haver uma cultura das mulheres dar leite artificial aos seus bebês, então isso ainda é uma grande luta, principalmente para nós enfermeiros, que tentamos ver isso durante o pré-natal, focando em seus inúmeros benefícios, as vantagens tanto para a mãe quanto para o bebê, promovendo assim a interação profunda entre mãe e filho. Percebemos que mãe que não amamenta tem menos apego ao seu filho, podendo interferir no desenvolvimento da criança (E5).

DISCUSSÃO

Diante dos resultados, foi possível perceber que as enfermeiras, demonstram conhecer as práticas de humanização do parto e que desejam realizar um pré-natal com mais humanização, porém também relatam existirem dificuldades para efetivar esse conhecimento. Essas

também afirmam que são necessárias mudanças na postura dos profissionais para melhorar as atitudes profissionais, para um cuidado centrado nas necessidades de cada gestante.

Pesquisa realizada no sul do Brasil mostra que, na perspectiva das entrevistadas, a humanização do parto também requer uma nova postura dos profissionais. Essa postura diz respeito às relações entre profissional e paciente, à empatia, à sensibilidade e ao respeito à individualidade².

Entre as dificuldades relatadas, está a inadequação da área físicas das unidades, demanda elevada impossibilitando um pré-natal de acordo com as diretrizes do parto e nascimento. De acordo com os profissionais pesquisados, é imprescindível a existência de ambiente apropriado para a realização do acolhimento das gestantes.

As dificuldades estruturais e materiais encontradas para o funcionamento dos espaços de saúde acontecem em quase todo serviço público onde os espaços públicos de saúde são dotados dos recursos mínimos possíveis, aprofundando a iniquidade dos profissionais que prestam a assistência. A falta de recursos para a assistência atrapalha o desenvolvimento das ações e tende a potencializar a insatisfação profissional, a qual pode refletir na qualidade da atenção prestada⁶.

O acolhimento compreende um momento oportuno para que a equipe de saúde possa demonstrar atenção, interesse e disponibilidade, buscando conhecer e compreender as expectativas da gestante e sua família, esclarecendo as dúvidas relacionadas à gestação e ao parto. O acolhimento tende a facilitar a relação da paciente-profissional, evitando, assim, situações de estresse e angústia para a mulher e sua família².

Segundo as entrevistadas é essencial que a equipe entenda o nascimento como um momento fisiológico e natural, entendendo que a mulher e a família devem estar no centro de processo do cuidado, modificando assim a cultura do nascimento como um evento mecânico e corriqueiro. Observou-se que, na percepção das entrevistadas, a assistência humanizada durante o trabalho de parto envolve a presença de acompanhante, diálogo entre paciente-profissional, técnicas de alívio de dor, ingestão alimentar, liberdade de movimentação e escolha da posição de parir.

Ao serem perguntadas sobre o contato pele a pele entende que é um momento grandioso para a mulher, onde o vínculo entre mãe e filho aumenta e a adaptação da vida extrauterina acontece com mais facilidade, ajudando no

aleitamento materno exclusivo e na diminuição da mortalidade infantil.

O contato pele a pele entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento nem sempre acontece da forma recomendada, realizado meramente como uma rotina a ser cumprida, não sendo atribuída a devida importância, desconsiderando o tempo necessário para o estabelecimento de vínculo e as condições ideais para que esse aconteça, isto é, deixar o tórax da mãe descoberto, oferecendo a privacidade necessária, o recém-nascido em prona, observando seu preparo para a amamentação, oferecendo ajuda, caso necessário, além do consentimento prévio da puérpera⁷.

O contato, mãe-filho deve ser proporcionado, por tratar-se de um período de alerta que serve para o reconhecimento das partes, ocorrendo exploração do corpo da mãe pelo bebê. O contato pele a pele mãe-filho deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis. Esse contato acalma o bebê e a mãe que entra em sintonia única proporcionada pelo momento vivenciado; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe⁸.

Relacionado ao conhecimento sobre os métodos de alívio da dor, foram mencionados massagens lombares, exercícios na bola, musicoterapia, agachamento, banho morno e até que a presença do acompanhante auxilia no alívio da dor, enfatizando que o ideal seria que todos os hospitais usassem essas práticas, pois diminuiria a medicalização do parto e as manobras desnecessárias⁸.

Entre as práticas que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, destacam-se a oferta de líquidos por via oral, apoio empático pelos prestadores de serviço, respeito às escolhas da mulher quanto ao acompanhante durante a parturição, esclarecimento das dúvidas e fornecimento de informações que as mulheres desejarem, utilização de métodos não invasivos e farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, liberdade de posição e movimento, estímulo a posições não supinas, uso do partograma, contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno⁹⁻¹².

O estudo apresenta como limitações o tamanho reduzido da amostra, portanto, não se deve tentar a generalização dos resultados obtidos e, poucos estudos internacionais para fazer a comparação dos resultados.

Os resultados podem contribuir na compreensão dos profissionais de atenção primária a saúde na humanização do parto, preparando a gestante para ela ter autonomia durante o seu trabalho de parto.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa possibilitou identificar que, para os enfermeiros da atenção primária à saúde, o parto humanizado compreende uma assistência em que são respeitados os desejos e preferências da gestante e sua família. Portanto, devem receber orientações acerca das possibilidades terapêuticas disponíveis, considerando uma abordagem menos invasiva possível, onde haja a participação ativa da família desde o acompanhamento pré-natal até o momento do parto.

Apesar dessa compreensão, percebeu-se que alguns desafios como a inadequação física, número reduzido de profissionais, a baixa adesão das mulheres ao grupo de gestantes e a ausência do parceiro durante as consultas de pré-natal, podem dificultar o processo de humanização do parto, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

A unidade básica é o primeiro local onde a gestante procura quando engravida, o vínculo entre ela e o profissional enfermeiro, pode ser determinante para o momento do parto. Percebe-se a importância dos grupos de gestante, onde é possível vivenciar as experiências de outras colegas.

É importante que os profissionais de enfermagem saibam o significado da humanização no parto, podendo assim, realizar ações inerentes à assistência humanizada durante a consulta de pré-natal.

Contribuições dos autores:

ISB Contribuiu na elaboração e revisão crítica do conteúdo e na coleta de dados; AMMP Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo; NC contribuiu na aprovação da versão final do estudo a ser publicado e estruturação de artigo; SLCD na aprovação e revisão da versão final; DJML Estruturação metodológica e revisão da versão final do artigo; e AMGP contribuiu na organização e análise dos resultados do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Reis CC, Ferreira de Souza KR, Santos Alves D, Tenório IM, Brandão Neto W. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. *Cienc Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2019 Dez 2];23(2):45-56. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000200045&lng=pt
2. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 2];21(4):e20160366. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=en
3. Foster LB, Oliveira MA, Brandão SM. O acolhimento nos moldes da humanização aplicada ao processo de trabalho do enfermeiro no pré-natal. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2017 [citado 2019 Nov 20];11 Supl 10:4617-24. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231201/25198>
4. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS No. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2013 Jun 13;Seq. 2:59.
6. Silva LN, Silveira AP, Morais FR. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017 [citado 2018 Ago 20];11(8):3290-4. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110195/22085>
7. Soares de Lima S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. *Aquichan* [Internet]. 2013 [citado 2019 Dez 2];13(2):261-9. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000200012&lng=en&tlng=pt
8. Santos LM, Silva JC, Carvalho ES, Carneiro AJ, Santana RC, Fonseca MC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2019 Dez 2];67(2):202-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200202&lng=en
9. Matos TA, Souza MS, Santos EK, Velho MB, Seibert ER, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2019 Dez 02];63(6):998-1004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600020&lng=en
10. Fujita JA, Shimo AK. Parto humanizado: experiências no Sistema Único de Saúde. *Rev Min Enferm*. 2014 [citado 2019 Nov 23];18(4):1006-10. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/979>
11. Silva LA, Alves VH, Vieira BD, Rodrigues DP, Santos MV, Marchiori GR. A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes. *Rev Fundam Care Online*. 2018;10(4):1014-9.
12. Santos EC, Lima MR, Conceição LL, Tavares CS, Guimarães AM. Conhecimento e aplicação do direito do acompanhante na gestação e parto. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jan 23];7(3/4):61-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/918>

ENTENDENDO O CÂNCER DE MAMA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Caroline da Silva Lourenço¹

Luíza Csordas Peixinho Silva¹

Gabriela Marini Laviola¹

Débora Salles¹

Juliana de Lima Lopes¹

Angela Flávia Logullo Waitzberg¹

Ricardo Artigiani Neto¹

Andréa Cristina de Moraes Malinverni¹

<https://orcid.org/0000-0002-5946-8906>

<https://orcid.org/0000-0001-7516-8754>

<https://orcid.org/0000-0002-0938-2637>

<https://orcid.org/0000-0001-8393-034X>

<https://orcid.org/0000-0001-6915-6781>

<https://orcid.org/0000-0001-9235-0363>

<https://orcid.org/0000-0002-4378-076X>

<https://orcid.org/0000-0002-4378-076X>

Objetivo: Demonstrar os benefícios da educação em saúde sobre o câncer de mama para a população. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência sobre educação em saúde, utilizando boletins informativos e *banners* elaborados pelos discentes, monitorado pelos alunos de pós-graduação em patologia e supervisionados pelos colaboradores e coordenadores do projeto, divulgados presencialmente para a comunidade. **Resultados:** Essa experiência trouxe como resultado maior aproveitamento das atividades didáticas e dinâmicas do ambulatório, com uma metodologia ativa, assim como o empoderamento dos usuários para a autonomia, capacidade de identificar determinantes para sua saúde e cuidar de si e dos outros a sua volta. **Conclusão:** Conclui-se então que esta atividade de educação foi enriquecedora tanto para os discentes que a organizaram quanto para clientes do ambulatório, expondo uma relação entre a prevenção e a promoção da saúde dos usuários e com um projeto de extensão que visa compartilhar o conhecimento adquirido na academia, transcendendo seus muros para todos.

Descritores: Educação em saúde; Educação em enfermagem; Neoplasias da mama; Promoção da saúde.

UNDERSTANDING BREAST CANCER: HEALTH EDUCATION

Objective: To demonstrate the benefits of health education on breast cancer for the population. **Methods:** Descriptive-exploratory study with a qualitative approach, using newsletters and banners prepared by students, monitored by graduate students in pathology and supervised by project collaborators and coordinators and disseminated to the community. **Results:** This experience resulted in greater use of the didactic and dynamic activities of the clinic, with an active methodology, as well as the empowerment of users for autonomy, the ability to identify determinants for their health and to take care of themselves and others around them. **Conclusion:** We conclude then that the campaign was enriching both for the students who organized it and for clients of the outpatient clinic, exposing a relationship between prevention and health promotion of users and with an extension project that aims to share the knowledge acquired in the academy, transcending their walls for everyone.

Descriptors: Health education; Education, nursing; Breast neoplasms; Health promotion.

COMPRENDER EL CÁNCER DE MAMA: EDUCACIÓN EN SALUD

Objetivo: Demostrar los beneficios de la educación para la salud sobre el cáncer para la población. **Métodos:** Estudio descriptivo-exploratorio con un enfoque cualitativo, utilizando boletines y pancartas preparados por estudiantes, monitoreados por estudiantes graduados en patología y supervisados por colaboradores y coordinadores del proyecto y entregado a la comunidad. **Resultados:** Esta experiencia resultó en un mayor uso de las actividades didácticas y dinámicas de la clínica, con una metodología activa, así como el empoderamiento de los usuarios para la autonomía, la capacidad de identificar determinantes para su salud y para cuidarse a sí mismos y a los demás a su alrededor. **Conclusión:** Concluimos entonces que la campaña fue enriquecedora tanto para los estudiantes que la organizaron como para los clientes de la clínica ambulatoria, exponiendo una relación entre prevención y promoción de la salud de los usuarios y con un proyecto de extensión que tiene como objetivo compartir el conocimiento adquirido en la academia, trascendiendo sus muros para todos.

Descritores: Educación en salud; Educación en enfermería; Neoplasias de la mama; Promoción de la salud.

¹Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Juliana de Lima Lopes | E-mail: juliana.lima@unifesp.br

Recebido: 02/05/2020 - Aceito: 15/12/2020

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo, considerada a quinta maior causa de morte por câncer na população geral, e a primeira na população feminina. É originário do crescimento descontrolado de células epiteliais dos ductos da mama que adquiriram características diferentes das normais causadas por uma ou mais mutações genéticas da célula possibilitando o crescimento desordenado. Esse processo gera um tumor que pode evoluir de formas distintas, tendo um desenvolvimento mais rápido e agressivo ou mais lento e passivo¹.

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer, estima-se o aparecimento de 66.280 casos novos em 2020. A evolução da doença pode variar de acordo com o tipo de tumor, sendo mais tardia ou precoce, podendo ou não invadir outros tecidos. Embora predominantemente em mulheres, também ocorre em 1% do sexo masculino, com 203 mortes notificadas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade em 2017².

São vários os fatores de risco relacionados, tais como: fatores que não podem ser alterados (idade e sexo, histórico familiar de câncer de mama, hereditariedade) e fatores ambientais, comportamentais, história reprodutiva e hormonal. Porém, é importante ressaltar que a presença de um ou mais desses fatores de risco não são determinantes para o aparecimento do câncer de mama¹.

Os sintomas podem aparecer como variadas manifestações clínicas, comumente o nódulo apresenta-se indolor, duro e irregular, entretanto existem tumores maleáveis, globosos e delimitados. Além de outras alterações como edema cutâneo que se assemelha à casca da laranja, inversão ou descamação do mamilo, hiperemia e até mesmo secreção, especialmente quando é unilateral e espontânea³.

A investigação da doença não se dá apenas pela análise clínica, mas também por exames específicos criados para o câncer de mama. É importante ressaltar a atividade de rastreamento anual pela mamografia. Como diagnóstico usa-se exames de imagens como ultrassonografia, a própria mamografia e a ressonância magnética. Todavia, a confirmação da patologia só poder ser dada após a realização da análise de uma biópsia do tecido tumoral¹.

Referente ao tratamento, pode ser realizado por meio de uma ou mais modalidades combinadas, dentre elas encontram-se as formas locais e sistêmicas para o enfrentamento desta doença. A forma local está distribuída entre os diversos tipos de cirurgia, como as mastectomias, e tem-se também nesse grupo a radioterapia. Já no grupo

das sistêmicas, existem os tratamentos hormonais, a terapia alvo, a quimioterapia e a imunoterapia. Na escolha do tratamento o profissional de saúde leva em consideração todos os fatores, a condição da paciente, o tipo do tumor, a expressão de receptores hormonais e de HER-2 e a localização e o desdobramento da doença^{3,4}.

É válido notar que a identificação precoce da neoplasia denota melhor prognóstico aos pacientes, além de mais opções de tratamento. Entretanto, existe uma detecção tardia do câncer de mama e crenças culturais estão envolvidas nesse processo. Isso é demonstrado pelo fato de que mulheres mais jovens e com renda mais baixa acreditam que à medida que se cuidam, estão protegidas contra a neoplasia; ademais, outras mulheres têm a percepção de que os nódulos mamários precisam ser dolorosos e grandes para serem configurados como câncer de mama. Nesse sentido, há necessidade urgente de educação sobre promoção da saúde⁵.

Dessa forma, para que haja melhor orientação dessa população no enfrentamento da doença e nos cuidados necessários após recuperação, faz-se necessário o treinamento dos profissionais de saúde fornecendo informações abrangentes e coordenadas à saúde. Esse tipo de capacitação deve fazer parte do projeto de educação continuada⁶.

É notório que a importância da comunicação do profissional de saúde com o paciente diagnosticado, como principal forma de aprender sobre a doença. Entretanto, muitas pessoas relatam que essa comunicação não é efetiva, alguns profissionais não sanam completamente as dúvidas, outros utilizam linguagem não compreensível para a população ou ainda não se preocupam com a ansiedade, medos e angústias dessas pessoas⁷.

Assim sendo, para que a população possa se sentir mais segura e capacitada para a prevenção, enfrentamento e transmissão de conhecimento sobre essa doença, a comunicação, capacitação e engajamento dos profissionais deve ser transformado. Ação essa, praticada pelo projeto de extensão: Clube do Saber.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo descrever um relato de experiência sobre a educação em saúde sobre câncer de mama para uma população carente de informações. Acredita-se que a educação em saúde possibilita reflexões sobre possíveis intervenções posteriores de expansão de conhecimento bem como a necessidade da capacitação de profissionais para tal atividade.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência.

A educação em saúde foi realizada por meio de boletins informativos e banner elaborados pelos discentes do segundo ano do curso de enfermagem, monitorado pelos alunos de pós-graduação em patologia e supervisionado pelos colaboradores e coordenadores do projeto de extensão “Clube do Saber” da Universidade Federal de São Paulo.

Para o boletim informativo foi utilizada uma linguagem acessível contendo: o que é o câncer de mama, quais são os principais fatores de risco, os sinais e sintomas mais comuns, como se dá o diagnóstico, quais as possibilidades de tratamento e as medidas de prevenção (Figura 1).

No banner, o qual foi exposto na entrada do Hospital São Paulo, deixamos um convite para que as pessoas acessassem pelo qr-Code as informações contidas no boletim (Figura 2).

Durante a campanha, os boletins informativos foram distribuídos pelos discentes aos usuários de um ambulatório de especialidades gerais, os quais estavam sozinhos ou com parentes ou amigos aguardando consultas, exames, resultados. Neste momento, algumas pessoas aproveitaram para esclarecer suas dúvidas relacionadas a essa temática e consideraram importante essa campanha de informação.

A formulação do boletim se deu início em setembro e a realização da ação ocorreu no dia primeiro de outubro de 2020 no período da manhã.

Alunos da Escola Paulista de Enfermagem realizaram a confecção do boletim com a orientação de pós-graduandos e docentes e, os mesmos, fizeram a ação no ambulatório contemplando a distribuição de 200 boletins informativos aos usuários.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP Nº 1252070420).

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Essa experiência possibilitou aos discentes a transformação de conteúdos complexos obtidos na sala de aula em informações acessíveis, além do convívio com a comunidade.

A partir da escolha do tema e da elaboração do boletim educativo e o banner (Figura 1 e 2), os alunos puderam mergulhar em experiências que apenas a graduação não traria. Portanto, trouxe o entendimento de que o conteúdo teórico e complexo que é abordado em sala de aula não precisa necessariamente ser apenas utilizado pelos profissionais na clínica e sim, que ele pode ser transpassado de uma forma mais simples para alcançar a



Legenda: Essa figura mostra de forma clara e objetiva o que é o câncer de mama, os fatores de risco, prevenção, diagnóstico, tratamento e sinais e sintomas

Figura 1. Boletim Informativo distribuído à população



Legenda: O banner chama a atenção sobre a campanha de educação em saúde com o acesso ao Qr-code, o qual direciona para as informações contidas no boletim informativo.

Figura 2. Banner apresentado na entrada do Hospital São Paulo

comunidade. Dessa forma os alunos sentiram que houve um maior aproveitamento das matérias, com uma metodologia ativa que facilitou tanto a fixação quanto a troca de conhecimentos.

A interação com o público foi extremamente valiosa, as pessoas abordadas foram muito receptivas, abertas para ouvir, sanando suas dúvidas sobre a doença, relatando

histórias e elogiando a atividade que muitas vezes suavizou as inquietações dessas pessoas. Ademais, os participantes demonstraram curiosidade sobre o próprio corpo, interesse em buscar mais informações e iniciar ou continuar um acompanhamento com a equipe de saúde.

Logo no início da ação, a primeira distribuição foi em uma reunião de gestantes e puérperas na qual estava sendo realizada dentro do ambulatório. O grupo era em sua maioria mulheres, mas também alguns parceiros que estavam de acompanhantes. Um aspecto extremamente interessante foi que os homens presentes tinham muitas dúvidas e curiosidade sobre a doença e ficaram muito interessados no assunto, mostrando preocupação ao perguntarem como a doença poderia ser evitada nas mulheres e também nos homens.

Em seguida, todos os corredores dos ambulatórios foram acessados, distribuindo nosso boletim informativo a todos os presentes. Nessa população encontramos pessoas de diversas idades, etnias e classes sociais, as quais nos acolheram e mostraram interesse pelo conteúdo. Um dado curioso, o qual nos chamou a atenção foi que pessoas idosas possuíam muito mais conhecimento do assunto do que as mais novas que, teoricamente, possuem acesso à informação mais facilmente. Embora o objetivo da campanha tenha sido passar informações sobre o câncer de mama, nos deparamos não só com perguntas sobre o tema, mas também outros assuntos, como o câncer de colo de útero e assim as dúvidas também foram sanadas. Notou-se que muitas dessas mulheres tinham o exame de Citologia Oncótica atrasados e que não se sabiam a idade e nem a frequência na qual deveria ser realizado o exame. Foi trazido com muita frequência também os relatos de experiência com a doença, na qual houve uma boa identificação da doença e do seu percurso, mas pouca identificação dos sintomas, do diagnóstico e da prevenção.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Ao que se refere à metodologia ativa para o melhor aperfeiçoamento dos conhecimentos teóricos pelos discentes, foi identificado em um estudo que há muitas dificuldades com a implementação de métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação dos enfermeiros na grade curricular. Inclusive existe uma resistência dos próprios docentes em relação a mudanças das suas práticas. Mesmo essas atividades serem evidenciadas em estudos com resultados mais satisfatórios quando comparados a estudantes que não possuem esse tipo de aprendizado^{8,9}.

Por meio de ações educativas com os discentes de universidades, é possível notar que os profissionais se formam com uma visão e atuação transformadora da realidade. Além de gerar reflexões que interferem consideravelmente no exercício da cidadania, assim como demonstrado pelo presente estudo^{10,11}.

Em consideração à receptividade da população, de acordo com uma pesquisa, pacientes estão disponíveis a receber o conhecimento advindo de profissionais de saúde, entretanto recebem menos do que esperam, indicando que é necessário avaliar as expectativas e ansiedades do público para uma melhor atividade, com o objetivo de abranger uma ampla área de conhecimento disponibilizada pelo usuário¹².

Concomitante ao encontrado na experiência relatada no vigente projeto, um estudo realizado no Vietnã também demonstrou que mulheres mais jovens e com renda mais baixa acreditam que à medida que se cuidam, estão protegidas contra a neoplasia; ademais, outras mulheres têm a percepção de que os nódulos mamários precisam ser dolorosos e grandes para serem configurados como câncer de mama, configurando assim a real necessidade de educação em saúde com informações compreensíveis a essa população⁴.

No que se refere ao conhecimento das pessoas sobre o câncer de mama masculino, observa-se que essa é uma constante. Por ser um câncer raro, os doentes chegam tardiamente ao sistema de saúde, sendo as principais causas para isso a falta de conhecimento, a educação pública ineficaz e o constrangimento para o usuário. Dessa forma, pode-se notar que um suporte psicossocial é crucial para esse público, além de ações educativas que integrem esse assunto¹³.

Diante do observado nessa ação educativa, percebe-se que as mulheres têm dificuldade em manterem-se atualizadas de acordo com frequência da realização de exames, idade para início de rastreio e informações correlacionadas. De acordo com uma publicação de 2018 do Caderno de Saúde Pública, pacientes assintomáticos devem começar o rastreamento entre 50 e 69 anos, bianualmente. Não é mais recomendável que se ensine o autoexame das mamas para rastreamento, embora essa tenha sido um recorrente pedido das mulheres no ambulatório¹⁴.

As recomendações para diagnóstico precoce são para o uso de sinais e sintomas relacionados como critério de referência para urgência, além da implementação de estratégias de conscientização¹⁴.

Em consideração a visão dos estudantes diante dessa atividade, um achado da literatura não corrobora para o

demonstrado pelos discentes da Universidade Federal de São Paulo. De acordo com o artigo, os discentes relatam a necessidade de se repensar a formação do enfermeiro, levando-se em conta a atuação no campo da educação em saúde. A pesquisa relata que algumas atividades educativas ainda se mostram muito autoritárias por parte dos profissionais de saúde, sem levar em consideração a singularidades dos indivíduos e sem promover o desenvolvimento da consciência e do compartilhamento do conhecimento¹⁵.

Os resultados devem ser interpretados observando as experiências de cada discente e considerar que a pesquisa foi realizada com poucos alunos e a população de somente um ambulatório da cidade de São Paulo.

Tal jornada incentivou as pessoas a passarem adiante os conhecimentos adquiridos naquele momento. Muitas dessas pessoas solicitaram maior número de boletins para levar à família, vizinhos, amigos e outros já colocaram em suas redes sociais (WhatsApp). Percebemos que elas se sentiram empoderadas pela experiência, mais capazes de ajudar e orientar as pessoas do seu ciclo de convivência. Relataram juntamente que, uma espera em um ambulatório é sempre muito ociosa e naquele momento tornou-se educativa e agradável.

CONCLUSÃO

Portanto, podemos concluir que ao término da ação, um sentimento estava muito presente nos discentes, a capacidade de mudar e de fazer a diferença na sociedade.

A abordagem realizada trouxe a sensação de que os profissionais da área de saúde têm um papel extremamente importante na mudança de pensamento e na crítica dos usuários. Além disso, que seu conhecimento pode ser utilizado para transformar vidas, trazendo para a população autonomia, capacidade de identificar determinantes para sua saúde e cuidar de si e dos outros a sua volta.

Assim sendo, a campanha foi enriquecedora tanto para os discentes que a organizaram quanto para usuários do ambulatório. Estabelecendo-se uma relação entre a prevenção e a promoção da saúde dos usuários e assim, trazer um projeto de extensão que visa compartilhar o conhecimento adquirido na academia, transcendendo seus muros para todos.

Contribuições dos autores:

CLL: concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; LCPS: concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; GML: revisão crítica e revisão final; DS: revisão crítica e revisão final; JLLLJ: revisão crítica e revisão final; AL: revisão crítica e revisão final; RAN: revisão crítica e revisão final; ACMMA: orientação, revisão crítica e revisão final.

Agradecimentos:

Ao Departamento de Patologia da UNIFESP e setor administrativo da Escola Paulista de Enfermagem – EPE/UNIFESP.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de mama [Internet]. 2020 [citado 2020 Fev 12]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Conceito e magnitude do câncer de mama [Internet]. 2020 [citado 2020 Fev 12]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>
3. Ministério da Saúde. Câncer de mama: sintomas, tratamentos, causas e prevenção [Internet]. 2020 [citado 2020 Mar 19]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama>
4. Instituto Oncoguia. Tratamentos do câncer de mama [Internet]. 2014 [citado 2020 Mar 19]. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamentos/15/12/>
5. Kim JG, Hong HC, Lee H, Ferrans CE, Kim EM. Cultural beliefs about breast cancer in Vietnamese women. *BMC Womens Health*. 2019;19:74.
6. Park E, Yoon J, Choi E, Kim IR, Kang D, Lee S, et al. A train the trainer program for healthcare professionals tasked with providing psychosocial support to breast cancer survivors. *BMC Cancer*. 2018;18:45.
7. Janz NK, Li Y, Zikmund-Fisher BJ, Jagsi R, Kurian AW, An LC, et al. The impact of doctor–patient communication on patients' perceptions of their risk of breast cancer recurrence. *Breast Cancer Res Treat*. 2017;161(3):525–35.
8. Roldão AC, Oliveira FM. Percepção do conhecimento sobre parada cardiorrespiratória dos graduandos em Medicina de uma universidade pública com metodologia ativa de ensino [monografia] [Internet]. Lagarto: Universidade Federal de Sergipe; 2018 [citado 2020 Abr 2]. Disponível em: <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/9770>
9. Silva AN, Moreira DP, Freitas CM, Teixeira AK, Pinheiro AR. Estágio extracurricular de Enfermagem: estratégia para a formação profissional. *Enferm Foco [Internet]*. 2020 [citado 2020 Abr 2];10(4):129–35. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1880>
10. Duarte KA, Barros RL, Santos L, Calazans MI, Gomes RM, Duarte AC. Importância da metodologia ativa na formação do enfermeiro: implicações no processo ensino aprendizagem. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;(36):e2022.
11. Fernandes HI, Rolim KM, Figueiredo MC. O significado do cuidar humanizado: vivências ensino-aprendizagem dos alunos do curso de licenciatura. *Enferm Foco [Internet]*. 2011 [citado 2020 Abr 2];2(4):239–44. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/192>

12. Ingadottir B, Thylén I, Ulin K, Jaarsma T. Patients are expecting to learn more: a longitudinal study of patients with heart failure undergoing device implantation. *Patient Educ Couns*. 2020;103(7):1382-9.

13. Co M, Lee A, Kwong A. Delayed presentation, diagnosis, and psychosocial aspects of male breast cancer. *Cancer Med*. 2020;9(10):3305-9.

14. Migowski A, Silva GA, Dias MB, Diz MP, Sant'Ana DR, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cad Saúde*

Pública [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 25];34(6):e00074817. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000600502&lng=en&nrm=iso

15. Colome JS, Oliveira DL. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2020 Mar 25];21(1):177-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100020&lng=en&nrm=iso

PRÁTICAS COMPLEMENTARES AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA INFANTIL

Ádria Lorena Oliveira Viana¹

Aline Barbosa da Silva¹

Keyla Beatriz Barradas de Lima¹

Marcelo Valente de Souza¹

Verena Gabriela Ribeiro Borges¹

<https://orcid.org/0000-0003-0787-8695>

<https://orcid.org/0000-0003-3216-3384>

<https://orcid.org/0000-0001-9212-1544>

<https://orcid.org/0000-0003-0350-4506>

<https://orcid.org/0000-0002-7104-1243>

Objetivo: O objetivo deste estudo é identificar as práticas complementares ao transtorno do espectro autista infantil (TEA) encontradas em publicações nacional e internacional. **Métodos:** O presente artigo visa apresentar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com enfoque qualitativo e exploratório fundamentada na análise de conteúdo de Laurence Bardin. **Resultados:** Este estudo mostrou por meio da busca bibliográfica a análise de artigos da literatura nacional e internacional, no que se refere à publicação sistematizada nos periódicos acerca do autismo e as terapias complementares. **Conclusão:** Se conclui que as práticas complementares contribuem de forma eficaz para o tratamento do TEA, possibilitando um prognóstico e evolução positiva no desenvolvimento físico, motor e na comunicação verbal e não verbal.

Descritores: Transtorno autístico; Cuidados e autismo; Terapias complementares e autismo.

COMPLEMENTARY PRACTICES TO CHILD AUTISTIC SPECTRUM DISORDER: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Objective: The objective of this study is to identify the complementary practices to the infantile autism spectrum disorder (ASD) found in national and international publications. **Methods:** This article aims to present an Integrative Literature Review (RIL) with a qualitative and exploratory focus based on the content analysis of Laurence Bardin. **Results:** This study showed, through the bibliographic search, the analysis of articles from national and international literature, regarding the systematic publication in journals about autism and complementary therapies. **Conclusion:** It is concluded that complementary practices contribute effectively to the treatment of ASD, enabling a prognosis and positive evolution in physical, motor development and verbal and non-verbal communication.

Descriptors: Autistic disorder; care and autism; Complementary therapies and autism.

PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA INFANTIL: UNA REVISIÓN DE LITERATURA INTEGRADORA

Objetivo: El objetivo de este estudio es identificar las prácticas complementarias al trastorno del espectro autista (TEA) que se encuentran en publicaciones nacionales e internacionales. **Métodos:** Este artículo tiene como objetivo presentar una Revisión Integral de Literatura (RIL) con un enfoque cualitativo y exploratorio basado en el análisis de contenido de Laurence Bardin. **Resultados:** Este estudio mostró, a través de la búsqueda bibliográfica, el análisis de artículos de literatura nacional e internacional sobre la publicación sistemática en revistas sobre autismo y terapias complementarias. **Conclusión:** Se concluye que las prácticas complementarias contribuyen de manera efectiva al tratamiento del TEA, permitiendo un pronóstico y evolución positivos en la comunicación física, motora y verbal y no verbal.

Descritores: Trastorno autista; Cuidado y autismo; Terapias complementarias y autismo.

¹Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, Belém, PA, Brasil.

Autor correspondente: Ádria Lorena Oliveira Viana | Email: adrialorena2009@hotmail.com

Recebido: 02/03/2020 - Aceito: 23/06/2020

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) também conhecido por autismo, de acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), é uma condição com diferentes graus de severidade caracterizado como um transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta sintomas de três áreas do desenvolvimento: déficits de habilidades sociais, déficits de habilidades comunicativas (verbais/ não verbais) e a manifestação de comportamentos, interesses e/ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados¹.

Segundo o *Center for Disease Control*, estima-se que, atualmente, a prevalência mundial do TEA esteja em torno de 70 casos para cada 10.000 habitantes, sendo quatro vezes mais frequente em meninos. No Brasil, apesar da escassez de estudos epidemiológicos, se observou em recente pesquisa que os índices de acometimento são de 27,2 casos para cada 10.000 habitantes no país².

O Ministério da Saúde (MS) publicou em 2013 a Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA, com vistas a orientar os profissionais de saúde, bem como os parentes, para auxiliar na identificação precoce do autismo em crianças de até três anos de idade. Além disso, a instituição da política nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista, por meio da Lei No. 12.764, de 11 de dezembro de 2012, estabelece que o indivíduo é considerado pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. Mas ainda com todos os avanços, a dificuldade de acesso a serviços de saúde tem sido apontada como um dos fatores contribuintes para diminuição da qualidade de vida da pessoa com autismo, a postergação do diagnóstico e do estabelecimento do tratamento, é um desafio para a saúde mental³.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que compartilha dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria No. 3088, de 23 de dezembro de 2011, estabelece pontos de atenção para atendimento de pessoas com problemas mentais, sendo composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades⁴.

O tratamento para o TEA é interdisciplinar, ou seja, envolve cuidados de diversas áreas da saúde, dentre elas, a terapia farmacológica convencional. Os medicamentos como a *risperidona* e o *aripiprazol* possuem aprovação da *Food and Drug Administration* (FDA) para tratar os sintomas relacionados a agitação psicomotora e irritabilidade. Entretanto nenhuma outra droga tem indicação para uso específico nesta situação⁵.

Diante do risco de crianças apresentarem efeitos adversos e/ou a opções limitadas de tratamento convencional,

muitas famílias e cuidadores recorrem para as terapias/práticas complementares, para ajudar na complementação do tratamento clínico. As práticas complementares são definidas como métodos não-convencionais de tratamento que proporcionam relaxamento e a integração do paciente gerando pontos positivos na mudança da reposta motora e comportamental⁶.

As terapias complementares trazem estímulo à autonomia, assim como as terapias mente-corpo que oferecem uma conexão mente-corpo-saúde, auxiliando na integração das atividades sociais, diárias, inclusão e vínculo familiar⁷.

A intervenção interdisciplinar se torna indispensável, pois ajuda a desenvolver a comunicação verbal, integração social, alfabetização e outras habilidades dependendo do seu grau de comprometimento e da intensidade e adequação do tratamento. Então para reduzir e controlar os sintomas do TEA existem vários tipos de práticas pedagógicas e terapêuticas não verbais, entende-se como todas aquelas que o próprio processo de aprendizagem ou de terapia se estabelecer por meio de um elemento mediador, entres eles: a música (musicoterapia e ensino da música); brinquedo (ludoterapia); corpo (psicomotricidade); dança (dançaterapia); equoterapia (terapia com cavalo); cinoterapia (terapia com cachorro) e atividade física que melhoram a coordenação motora e a capacidade cognitiva⁶.

Sabendo que, o TEA não tem cura, e o tratamento é a única forma de diminuir os sintomas, e que atualmente a medicalização industrial/institucional atua fortemente, surgiu a seguinte pergunta norteadora: Quais as práticas complementares ao transtorno do Espectro Autista Infantil encontradas em publicações nacional e internacional?

Além das terapias convencionais, é observado a importância do uso de práticas complementares que favorecem a melhora da qualidade de vida e aumentem a probabilidade de um prognóstico positivo da criança autista, que irão aumentar a autonomia sem roubar sua essência e energia⁸.

O Enfermeiro deve colaborar na identificação do diagnóstico por meio da observação comportamental da criança nas consultas e na atuação como educador em saúde com criatividade e conhecimento para implementação de novas terapias. Para que isso ocorra, o profissional deve estar capacitado para oferecer suporte à investigação e confirmação do diagnóstico⁹.

Reconhecendo o grande prevailecimento do TEA infantil e a necessidade de terapias complementares para o tratamento, o objetivo deste estudo é identificar as práticas complementares ao transtorno do espectro autista infantil encontradas em publicações nacional e internacional.

MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), de abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica é uma das formas de se iniciar um estudo, pois se procura semelhanças e diferenças entre os artigos encontrados na literatura, conseqüentemente dado uma síntese do conhecimento levando aos futuros resultados ou levantamento de informações. A pesquisa qualitativa preocupa-se, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações com objetivo de produzir informações. Essa tendência também está relacionada a práticas baseadas em evidências, que vem apresentando a combinação de métodos de pesquisa, sob diferentes conhecimentos, proporcionando resultados que beneficiem o cuidado de enfermagem¹⁰.

O processo metodológico da construção da RIL seguiu as seguintes etapas, primeira: a seleção de hipóteses para revisão; segunda: a escolha de critérios de seleção; terceira: coleta de dados com utilização de instrumento para assegurar a relevância das informações; quarta: realizou-se a síntese do conhecimento produzido; quinta: efetivou-se a análise de dados e resultados; sexta: a interpretação dos resultados, o que proporcionou o estudo crítico dos artigos encontrados¹¹.

O levantamento bibliográfico foi realizado durante o período de setembro, outubro e novembro de 2019 nas principais bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PUBMED).

Os critérios de inclusão adotados foram artigos na íntegra que abordassem práticas complementares e alternativas para o tratamento do TEA infantil; em língua portuguesa e inglesa, publicados entre 2015 a 2019. Foram excluídos: artigos da língua espanhola, artigos duplicados em ambas bases de dados, artigos sem afinidade ao tema de pesquisa; artigos publicados fora do período determinado, teses, livros, monografias, dissertações e manuscritos. Para a seleção dos descritores, utilizou-se da terminologia em saúde consultada e analisada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) a partir das seguintes descritores: transtorno autístico; cuidados and autismo; *complementary therapies and autism*.

De forma complementar, utilizou-se da estratégia de incluir o uso de palavras-chaves associada a outras palavras-chaves (cuidados and autismo; terapias complementares and autismo/ *complementary therapies and autism*) com o

propósito de aumentar variáveis, especificidades e a exaustividade da pesquisa científica.

Com base nisso, encontrou-se nas bases de dados um total de 242 artigos na íntegra. Deste modo, a base de dados do LILACS com o descritor "transtorno autístico" apresentou uma amostra de 825 referências sem filtro, e com filtro uma amostragem de 168 artigos. A base de dados da MEDLINE com o descritor "cuidados and autismo" apresentou sem filtro uma amostra de 3.791 referências, e lançando o filtro se obteve somente 4 artigos.

Já a base de dados da PUBMED com o descritor em inglês "*complementary therapies and autism*" apresentou uma amostra de 955 referências sem filtragem, já com filtro surgiu uma amostragem de 117 artigos. Então, após a realização das leituras dos resumos, realizou-se uma triagem quanto à relevância do tema e o objetivo do estudo chegando a uma amostra de 17 artigos com afinidade ao tema.

Neste estudo foi empregada análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin, que tem por objetivo geral reunir conhecimentos sobre um tópico, auxiliando nas fundações de um estudo significativo. Esta tarefa é crucial para os pesquisadores. Segundo Bardin, "As diferentes fases da análise de conteúdo, tal como inquérito sociológico ou experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos: 1) A pré-análise, 2) exploração do material e 3) o tratamento dos resultados"¹². O processo de análise das informações fez emergir 3 categorias: categoria 1- dificuldade do reconhecimento dos sintomas; categoria 2- falta de terapias complementares no tratamento; categoria 3- falta de informações e capacitações dos profissionais.

Para análise e comparação dos artigos selecionados utilizou-se do formulário de Ursi¹³ adaptado, no qual proporcionou para extração de dados: organização; destreza de leitura e uma análise sistemática dos dados obtidos. Esta tabela é composta por um quadro sinóptico especialmente construído para esse fim, que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: nome da pesquisa; autoria; objetivo estudado; resumo dos periódicos e ano de publicação¹³.

Para valorização dos resultados obtidos, utilizou-se uma classificação de evidências publicada pela primeira vez em 2005, nos Estados Unidos. Este método divide hierarquicamente, em níveis de evidência de I a VII, a qualidade dos artigos científicos. Nível I – as evidências são provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico

randomizado controlado bem delineado; nível III – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV – evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V – evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível VII – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas¹⁴.

RESULTADOS

Inicialmente serão expostos os resultados encontrados na consulta dos descritores anteriormente citados sobre TEA e as terapias complementares mediante da consulta nas bases de dados do LILACS, MEDLINE e PUBMED.

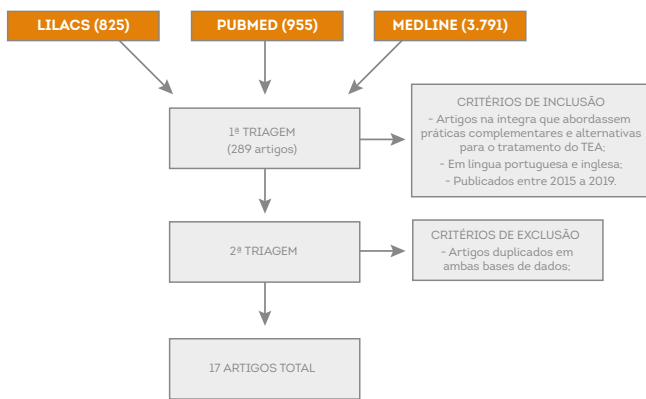


Figura 1. Fluxograma com a descrição das etapas de obtenção dos artigos revisados

Os artigos foram selecionados a partir da pesquisa realizada no período de setembro, outubro e novembro de 2019. O LILACS possibilitou identificar um total de 825 artigos relacionado ao tema, mediante aos critérios de inclusão foram selecionados 168 referências.

Para a MEDLINE, o resultado da pesquisa foi 3.791 artigos, mas apenas 4 foram selecionados pelo critério de inclusão. Vale ressaltar, que a leitura dos artigos possibilitou verificar artigos que se repetem nas diferentes bases como MEDLINE e LILACS. Entretanto uma quantidade relevante de artigos foi recuperada e selecionada. A PUBMED, possibilitou encontrar 955 artigos, por meio da filtragem resultou em 117, mas, apenas 2 artigos foram selecionados. Mediante os resultados da busca, observou-se uma grande escassez de artigos sobre o tema no âmbito de abrangência desse estudo.

A busca bibliográfica possibilitou a verificação de artigos na literatura nacional e internacional, no que se refere publicação sistematizada nos periódicos acerca do autismo e terapia complementares. No total foram lidos 289 artigos científicos indexados nas bases de dados citadas para seleção preliminar baseadas nos títulos e conteúdo dos resumos. Foram excluídos os trabalhos que não preencheram os requisitos de inclusão fixados, principalmente com relação ao tema investigado. Sendo apenas relevante para o estudo, visando mais qualidade e precisão foram selecionados somente 17 artigos finais para compor o *corpus* do estudo, sendo que dentre os resultados alcançados houve maior concentração na LILACS, com 11 artigos total, correspondendo a 68,75 % do total da mostra.

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo periódico, base de dados, títulos, autor(es), ano de publicação, nível de evidência, resultados e objetivos

Periódico/Base de dados	Título/Referência	Autoria	Ano	Nível de evidência	Resultados	Objetivos
CODAS LILACS	Análise acústica do padrão emocional da fala de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista	Olivati AG ¹	2017	IV	Verificou-se que houve diferenças significantes para as variáveis tessitura, amplitude melódica de vogal tônica, amplitude melódica de vogal pretônica, intensidade máxima, intensidade mínima, duração de vogal tônica, duração de vogal pretônica e duração de enunciado.	Analisar elementos prosódicos de segmentos da fala de indivíduos com transtorno do espectro autista (TEA) e comparar com o grupo controle, por meio de uma análise acústica.
Revista Gaúcha de Enfermagem MEDLINE	Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares	Pinto RN, Torquato IM, Collet N, Reichert AP, Souza Neto VL, Saraiva AM ² .	2016	V	Identificou-se uma Unidade Temática Central com respectivas categorias: o impacto da revelação do diagnóstico de autismo para a família; características da revelação do diagnóstico: o local, o tempo e a relação dialógica entre o profissional e a família; alteração nas relações familiares e a sobrecarga materna no cuidado à criança autista.	Analisar o contexto da revelação do diagnóstico do autismo e o impacto deste nas relações familiares.

Continua...

Continuação.

Periódico/Base de dados	Título/Referência	Autoria	Ano	Nível de evidência	Resultados	Objetivos
Revista Ciência & saúde coletiva. MEDLINE	Caminhos Virtuais e Autismo: acesso aos serviços de saúde na perspectiva da Análise de Redes Sociais	Rossi LP, Lovisi GM, Abelha L, Gomide M ³	2018	IV	O resultado pressupõe que o sistema de informações acerca do acesso aos serviços de saúde pública para o tratamento do TEA seja expandido para a população em geral, contribuindo com a melhoria do acesso a esses serviços	Analisar a rede virtual de acesso a informações sobre atendimento para Autismo no município do Rio de Janeiro, por meio da perspectiva da Análise de Rede Sociais.
Revista Texto Contexto Enfermagem LILACS	Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial	Franzoi MA, Santos JL, Backes VM, Ramos FR ⁴	2016	III	A intervenção musical favoreceu e orientou novas experiências lúdicas, sensoriais, motoras, de linguagem e de interação de crianças com transtorno do espectro do autismo, sendo possível abarcar a tríade de alterações - interação, comunicação e comportamento - de forma lúdica e musical.	Relatar a experiência da utilização da música como tecnologia de cuidado em enfermagem às crianças com transtorno do espectro do autismo em um CAPSi.
Psychopharmacology Bulletin PUBMED	The use of complementary alternative medicine in children and adolescents with autism spectrum disorder	DeFilippis M ⁵	2018	V	Os médicos relatam lacunas de conhecimento sobre o CAM e seu uso no TEA e preocupações sobre possíveis conflitos com os pais em relação às diferentes crenças sobre o papel do CAM no gerenciamento do TEA.	O objetivo é analisar a medicina complementar e alternativa mais popular (CAM) usado em crianças com TEA, examinando especificamente as evidências de que apoia ou deixa de apoiar o uso desses tratamentos nessa população.
Revista Saúde Física e Mental MEDLINE	O uso de terapias complementares no cuidado à criança autista	Souza VM, Nogueira AM, Santos LF, Pereira ER, Ribeiro WA ⁶	2017	IV	Em relação à enfermagem no cuidado ao autista, é notável a falta de conhecimento e habilidade. Observou-se a importância do enfermeiro como apoio e assistência à criança autista e principalmente aos familiares.	O objetivo deste estudo é descrever o uso de terapias complementares no cuidado à criança autista.
Medicine PUBMED	Scalp Acupuncture Treatment for Child Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis	Liu C, Li T, Wang Z, Zhou R, Zhuang L ⁷	2019	I	Um total de 1010 estudos foi identificado por meio da busca no banco de dados e quatro registros adicionais foram adicionados a partir das listas de referência de artigos relevantes.	O objetivo deste foi avaliar ainda mais a eficácia do tratamento alternativo em crianças com o tratamento de acupuntura no couro cabeludo.
Revista de Saúde e Ciências Biológicas LILACS	A importância da prática de atividade física para as pessoas com autismo	Aguiar RP, Pereira FS, Bauman CD ⁸	2017	I	Estudos demonstram que, por meio da prática de exercícios como caminhada, equinoterapia, e atividades aquáticas as pessoas com autismo conseguem desenvolver melhor sua capacidade comunicativa, reduzir o comportamento antissocial, diminuir comportamentos que demonstram inadaptação, estereotípias e agressividade.	Fazer uma revisão da literatura de estudos que apontem a importância da prática de atividade física para o desenvolvimento de pessoa com TEA.
Revista Baiana de Enfermagem LILACS	Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na estratégia saúde da família	Nascimento YC, Castro CS, Lima JL, Albuquerque MC, Bezerra DG ⁹	2018	III	Foram áreas temáticas: percepção, estratégias e intervenções do enfermeiro sobre sinais e sintomas; dificuldades relacionadas à detecção precoce; construção do conhecimento sobre a temática; e sentimentos dos profissionais ao acompanharem crianças com Transtorno do Espectro Autista.	Identificar a atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na detecção precoce do Transtorno do Espectro Autista em crianças.

Continua...

Continuação.

Período/Base de dados	Título/Referência	Autoria	Ano	Nível de evidência	Resultados	Objetivos
Revista Enfermagem em Foco. LILACS	Experiência dos familiares no convívio de crianças com transtorno do espectro autista (TEA)	Hofzmann RR, Perondi M Menegaz, J, Lopes SG, Borges DS ¹⁵	2019	II	A partir da análise dos dados surgiram três categorias: 'a descoberta do autismo'; 'experiências dos familiares após o diagnóstico de autismo' e 'atendimento em saúde da criança com autismo'	Conhecer a experiência dos familiares no convívio de crianças com TEA.
Revista Gaúcha de Enfermagem MEDLINE	Mães de crianças com transtorno autístico: percepções e trajetórias	Ebert M, Lorenzini E, Silva EF ¹⁶	2015	V	A caracterização das participantes deste estudo é semelhante à encontrada em estudo sobre mães de crianças com necessidades especiais e sobre itinerários terapêuticos de mães de crianças com autismo.	Conhecer as percepções de mães de crianças com autismo quanto às alterações apresentadas pelo filho e às suas trajetórias percorridas na busca pelo diagnóstico de autismo.
Revista Psicologia: Teoria e Prática LILACS	Rastreio de alterações cognitivas em crianças com TEA: estudo piloto	Tomazoli LS, Santos TH, Amato CA, Fernandes FD, Molini-Avejonas DR ¹⁷	2017	VI	O teste Ages & Stages Questionnaires (ASQ) mostrou-se um instrumento de fácil aplicação, rápido preenchimento e baixo custo, podendo ser utilizado na triagem na Atenção Básica.	Verificar se o teste Ages & Stages Questionnaires é eficaz para rastrear alterações cognitivas em crianças com Transtornos do Espectro do Autismo, e se há diferença significativa entre as respostas dadas pelos responsáveis legais das crianças e as respostas dadas pelas terapeutas.
Revista Baiana de Enfermagem LILACS	Transtornos autísticos e estratégias promotoras de cuidados: Revisão integrativa	Vilar AM, Oliveira MF, Andrade M, Silvino ZR ¹⁸	2019	I	Vinte e quatro artigos foram caracterizados e analisados descritivamente, com exposição dos seus níveis de evidência. Doze estudos (50%) representavam pesquisas descritivas, nível de evidência VI. Onze estudos (45,8%) equivaliam a delineamento não experimental, nível de evidência IV.	Analisar produção científica brasileira recente sobre Transtornos do Espectro Autista, identificando as estratégias de cuidados investigadas.
Revista Movimento LILACS	A brincadeira de faz de conta com crianças autistas	Chicon JF, Oliveira IM, Santos RS, Sá MG ¹⁹	2018	IV	As análises indicam que a criança com autismo pode desenvolver o jogo imaginário de forma mais elaborada, desde que lhe sejam ofertadas condições para isso e, nesse processo, o papel mediador do professor é fundamental.	Este trabalho objetiva compreender como se manifesta a brincadeira de faz de conta com crianças autistas.
Revista Distúrbios da Comunicação LILACS	O jogo simbólico na intervenção fonoaudiológica de crianças com transtorno do espectro autístico	Pedruzzi CM, Almeida CH ²⁰	2018	V	Os profissionais, quatro do sexo feminino e um do sexo masculino, possuem entre dois e nove anos de atuação, apenas dois têm formação relacionada ao autismo e dois relataram atender a uma demanda de mais de vinte crianças por semana. A maioria dos profissionais atua de forma generalista, não havendo busca por formação relacionada ao autismo	Verificar a proposta do jogo simbólico na intervenção fonoaudiológica com crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autístico.
Revista de Saúde e Ciências Biológicas LILACS	A família, o cuidar e o desenvolvimento da criança autista	Silva SE, Santos AL, Sousa YM, Cunha NM, Costa JL, Araújo JS ²¹	2018	V	Permitiram identificar que as famílias têm grandes dificuldades em manter suas estratégias para o desenvolvimento do autocuidado de crianças com autismo. Foi identificada, neste estudo, a escassez de produção científica sobre autorias de enfermeiro acerca desta temática.	Identificar o que se tem produzido na literatura científica sobre o cuidar em famílias de crianças com transtorno do desenvolvimento.

Continua...

Continuação.

Periódico/Base de dados	Título/Referência	Autoria	Ano	Nível de evidência	Resultados	Objetivos
Cadernos de Saúde Pública LILACS	Transtorno do espectro do autismo e idade dos genitores: estudo de caso controle no Brasil	Maia FA, Almeida MT, Alves MR, Bandeira LV, Silva VB, Nunes NF, et al. ²²	2018	VI	Os resultados encontrados podem ter importantes implicações para a psiquiatria clínica e a saúde pública, pois a idade dos genitores, no momento do parto, tem aumentado.	O objetivo deste trabalho foi estimar a associação entre o TEA e a idade dos genitores no momento do parto.

DISCUSSÃO

Dificuldade no reconhecimento dos sintomas

Os sintomas gerais do TEA são compostos por uma tríade, no qual se caracterizam a dificuldade e os prejuízos qualitativos da comunicação verbal e não verbal, na interação social e na restrição do seu ciclo de atividades e interesses. Em síntese, o autismo recebe um marcador de “severidade”, são observadas três classificações de severidade: nível 1 (necessitam de apoio), nível 2 (exigem apoio substancial) e nível 3 (necessitam de apoio muito substancial). Essas classificações são divididas em duas áreas: comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos, caracterizando os principais sintomas do TEA. Os principais aspectos prosódicos observados e descritos desde o início da classificação dos TEA incluem: fala monótona ou robotizada, déficits no uso do pitch (frequência) ou controle de volume, deficiências na qualidade vocal e uso de padrões peculiares de stress¹⁻¹⁵.

A identificação do TEA é na maioria das vezes diagnosticada tardiamente pela falta de capacitação dos profissionais de saúde em investigar os sinais e sintomas sugestivos do autismo. Dificultando o tratamento e exacerbando a queda da inclusão social^{16,17}.

Falta de terapias complementares no tratamento

As terapias complementares são de extrema importância na aceleração da evolução positiva do tratamento, contribuindo para o desenvolvimento físico, motor, e na comunicação verbal e não verbal, para assim, inclui-lo na sociedade de forma mais precisa garantindo a autonomia e interação da criança autista. A musicoterapia e a dançaterapia, estimulam o sistema neuromotor a auxiliar no processo mente-corpo-saúde, dando leveza aos movimentos, equilíbrio e coordenação, além de melhorar a comunicação da criança de forma a aumentar o vínculo social e familiar^{6-17,23}.

O uso da música por Enfermeiros, foi dita no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (Coren-SP) que emitiu o parecer No. 025/2010,16 sobre a competência do Enfermeiro para a utilização da música no

cuidado aos pacientes. Com isso, vale pontuar que a música está presente na Classificação de Intervenções de Enfermagem- *Nursing Intervention Classification (NIC)*⁴⁻⁶.

A acupuntura no couro cabeludo, segundo pesquisas ajuda no aumento da oxigenoterapia auxiliando no tratamento do TEA. Assim como os diversos benefícios de terapias realizadas com animais; como a equoterapia e a cinoterapia, que são intervenções realizadas com cavalos e cachorros respectivamente, promovendo a sensibilidade, concentração e socialização, podendo ser desenvolvidas e usadas como ferramentas de apoio na saúde pública para auxiliar no processo de reabilitação de crianças autistas^{7-18,23}.

Outro ponto importante de se destacar é a questão dos interesses peculiares das crianças autistas. A questão dos jogos e brincadeiras, são formas de expressão da imaginação, pois a maioria não possuem relação afetiva com os brinquedos, ou seja, algumas não se interessam em brincar e outras acabam brincando de forma não tradicional. Brincar faz parte do processo de desenvolvimento psicológico infantil e pode colaborar no tratamento do TEA, pois acaba que aos poucos a criança consegue aprender a ter consciência de suas ações, assim como o ambiente físico e social que as cerca^{4-19,23}.

Entretanto esta brincadeira de faz de conta tem se tornado um grande desafio para os profissionais, em decorrência da dificuldade de interação social e da comunicação; dos interesses peculiares/restritos e principalmente na forma com que a imaginação destas crianças se apresenta^{19,20}.

Falta de informações e capacitação dos profissionais

Pelo fato do TEA ser um transtorno congênito há uma difícil identificação, mas, podem ser observados com clareza os sintomas a partir dos três anos de idade, entretanto de forma sutil o que dificulta o diagnóstico. Na maioria das literaturas encontradas neste estudo, apontam que os sintomas podem ser observados entre 1º e 2º ano de vida frente as diferenças comportamentais¹⁸⁻²².

O Enfermeiro possui uma função de extrema relevância na descoberta da sintomatologia do TEA, pois é este profissional que irá fazer a descoberta por meio dos marcos de crescimento e desenvolvimento na atenção básica, mas, a maioria não tem a capacitação necessária para cuidar dessas crianças³⁻⁹.

Na prática cotidiana das unidades de saúde, essas dificuldades limitam as ações dos profissionais, que alegam não ser de sua responsabilidade a prestação de cuidados destinados às emoções e aos comportamentos. Assim, a assistência à saúde mental passa a ser ofertada somente por aqueles profissionais que possuem alguma afinidade com a área ou compreendem mesmo de forma insipiente, o processo de adoecimento mental^{9-21,23}.

Diante disto, é necessária a (in)formação destes profissionais para (des)construírem o senso antigo de que o autismo é tratado somente com práticas convencionais. O Enfermeiro deve colaborar na identificação visto que é de sua competência possuir um olhar holístico-científico para observação e confirmação clínica nas consultas na atenção primária, contribuindo para o progresso das terapias complementares.

Este estudo teve, como limitações, evidências científicas que apontam terapias complementares realizada pelos enfermeiros no seu cotidiano e o conhecimentos dos seus benefícios e falta de capacitação das condutas a serem tomadas em relação a terapias complementares.

As discussões realizadas neste estudo podem contribuir para que, medidas sejam pensadas em relação a capacitação dos profissionais para identificação precoce do TEA, visando o fortalecimento de uma assistência de enfermagem

sistematizada, de qualidade e implementações das terapias complementares com destreza e segurança, reconhecendo seus benefícios e sua importância para cada nível de severidade do TEA.

CONCLUSÃO

Tendo em vista que as práticas complementares possibilitam um prognóstico e evolução positiva no desenvolvimento físico, motor e na comunicação verbal e não verbal. Este estudo possibilitou identificar quais são as principais práticas complementares que devem ser utilizadas no tratamento de crianças autistas que possam oferecer autonomia e bem-estar físico e psicológico, sem retirar a energia e potencial da criança. As principais práticas são, a musicaterapia, equoterapia, cinto-terapia, atividade física, dançaterapia, ludoterapia e a psicomotricidade.

Contudo, ao final deste estudo pode se perceber que o Enfermeiro possui uma participação ativa e essencial, não somente para identificação dos sinais e sintomas, mas também para prestar apoio e segurança aos pais e cuidadores de crianças com TEA.

Contribuições dos autores:

Ádria Lorena Oliveira Viana, Aline Barbosa da Silva, Verena Gabriela Ribeiro Borges: coleta, organização e análise dos resultados; Keyla Beatriz Barradas de Lima e Aline Barbosa da Silva: análise e interpretação dos dados e redação do artigo; Marcelo Valente de Souza: revisão crítica do artigo; Ádria Lorena Oliveira Viana e Verena Gabriela Ribeiro Borges: revisão final do artigo.

REFERÊNCIAS

- Olivati AG, Assumpção Junior FB, Misquiatti AR. Análise acústica do padrão entoacional da fala de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. *CoDAS* [Internet]. 2017 [citado 2019 Out 21];29(2):1-10. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822017000200312&script=sci_abstract&tlng=pt
- Pinto RN, Torquato IM, Collet N, Reichert AP, Souza Neto VL, Saraiva AM. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2019 Out 21];37(3):e61572. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300413
- Rossi LP, Lovisi GM, Abelha L, Gomide M. Caminhos virtuais e autismo: acesso aos serviços de saúde na perspectiva da análise de redes sociais. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado 2019 Out 21];23(10):3319-26. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003319
- Franzoi MA, Santos JL, Backes VM, Ramos FR. Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2019 Out 21];25(1):e1020015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072016000100701&lng=en&nr m=iso&tlng=pt
- DeFilippis M. The use of complementary alternative medicine in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Psychopharmacol Bull* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 18];48(1):40-63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5765434/>
- Souza VM, Nogueira AM, Santos LF, Pereira ER, Ribeiro WA. O uso de terapias complementares no cuidado à criança autista. *Rev Saúde Fis Ment* [Internet]. 2018 [citado 2019 Nov 11];6(2):1-19. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/SFM/article/view/3495>

7. Liu C, Li T, Wang Z, Zhou R, Zhuang L. Scalp acupuncture treatment for children's autism spectrum disorders. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 21];98(13):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6456017/>
8. Aguiar RP, Pereira FS, Bauman CD. Importância da prática de atividade física para as pessoas com autismo. *J Health Biol Sci* [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 21];5(2):178-83. Available from: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1147>
9. Nascimento YC, Castro CS, Lima JL, Albuquerque MC, Bezerra DG. Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2019 Out 21];38:e2545. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25425>
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010 [citado 2020 Maio 21];8(1):102-6. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&nrm=iso&tlng=pt
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2010.
12. Santos FM. Resenha análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Rev Eletrônica Educ* [Internet]. 2012 [citado 2020 Maio 21];6(1):383-7. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291>
13. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
14. Galvão CM. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2020 Maio 21];19(2):5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200001&tlng=pt
15. Hofzmann RR, Perondi M, Menegaz J, Lopes SG, Borges DS. Experiência dos familiares no convívio de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2019 Out 21];10(2):64-9. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1671>
16. Ebert M, Lorenzini E, Silva EF. Mães de crianças com transtorno autístico: percepções e trajetórias. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2019 Out 21];36(1):49-55. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472015000100049&script=sci_abstract&tlng=pt
17. Tomazoli LS, Santos TH, Amato CA, Fernandes FD, Molini-Avejonas DR. Rastreamento de alterações cognitivas em crianças com TEA: estudo piloto. *Psicol Teor Prat* [Internet]. 2017 [citado 2019 Out 21];19(3):23-32. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872017000300002
18. Vilar AM, Oliveira MF, Andrade M, Silvino ZR. Transtornos autísticos e estratégias promotoras de cuidados: revisão integrativa. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2020 Maio 21];33:e28118. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/28118>
19. Chicon JF, Oliveira IM, Santos RS, Sá MG. A brincadeira de faz de conta com crianças autistas. *Movimento* [Internet]. 2018 [citado 2019 Out 21];24(2):581-92. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/76600/48686>
20. Pedruzzi CM, Almeida CH. O jogo simbólico na intervenção fonoaudiológica de crianças com transtorno do espectro autístico. *Distúrb Comum* [Internet]. 2018 [citado 2019 Out 21];30(2):242-50. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/34007>
21. Silva SE, Santos AL, Sousa YM, Cunha NM, Costa JL, Araújo JS. A família, o cuidar e o desenvolvimento da criança autista. *J Health Biol Sci* [Internet]. 2018 [citado 2019 Out 21];6(3):334-41. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1782>
22. Maia FA, Almeida MT, Alves MR, Bandeira LV, Silva VB, Nunes NF, et al. Transtorno do espectro do autismo e idade dos genitores: estudo de caso-controle no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2019 Out 21];34(8):e00109917. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n8/e00109917/>
23. Bento TS, Castilhos GI, Schoeller SD, Rocha PK, Tholl AD, Soares MZ. Desafios para inclusão da criança com deficiência na escola. *Enferm Foco* [Internet]. 2015 [citado 2020 Maio 21];6(1/4):36-40. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/574>

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE HIGIENE BUCAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Marina Monteiro¹

Andréia Bendine Gastaldi²

Juliana Helena Montezeli²

Carolina Rodrigues Milhorini²

Aline Franco da Rocha²

<https://orcid.org/0000-0001-8262-4201>

<https://orcid.org/0000-0002-4081-993X>

<https://orcid.org/0000-0003-4522-9426>

<https://orcid.org/0000-0001-8228-9327>

<https://orcid.org/0000-0002-1187-0672>

Objetivo: Aprender as percepções de enfermeiros sobre higiene bucal em adultos internados em terapia intensiva. **Métodos:** Pesquisa qualitativa feita com nove enfermeiros de duas unidades de terapia intensiva adulto de um hospital universitário público de grande porte do Norte do Estado do Paraná, Brasil. Utilizou-se entrevista semiestruturada audiogravada, sendo os dados transcritos e tratados pela análise de conteúdo. **Resultados:** Emergiram duas categorias empíricas: A importância da higiene bucal na visão dos enfermeiros e; O papel do enfermeiro na concretização da higiene bucal. **Conclusão:** Embora os participantes reconheçam a importância da higiene bucal em vários aspectos, ainda há lacunas quanto ao entendimento de seu papel neste cuidado, bem como acerca de sua correta execução e registro no prontuário.

Descritores: Unidades de terapia intensiva; Higiene bucal; Enfermagem.

NURSES' PERCEPTIONS ABOUT ORAL HYGIENE IN ADULT INTENSIVE CARE UNITS

Objective: To understand nurses' perceptions of oral hygiene in adults in intensive care. **Methods:** Qualitative research conducted with nine nurses from two adult intensive care units at a large public university hospital in the north of the state of Paraná, Brazil. Semi-structured interviews were conducted with audio recording, transcription and later examined by content analysis. **Results:** Two empirical categories emerged: The importance of oral hygiene in the view of nurses and; The role of the nurse in achieving oral hygiene. **Conclusion:** Although the participants recognize the importance of oral hygiene in several aspects, there are still gaps regarding the understanding of its role in this care, as well as about its correct execution and registration in the medical record.

Descriptors: Intensive care units; Oral hygiene; Nursing.

PERCEPCIONES DE ENFERMERAS SOBRE HIGIENE ORAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO PARA ADULTOS

Objetivo: Comprender las percepciones de las enfermeras sobre higiene bucal en adultos ingresados en cuidados intensivos. **Métodos:** Investigación cualitativa realizada con nueve enfermeras de dos unidades de cuidados intensivos para adultos en un gran hospital universitario público en el norte del estado de Paraná, Brasil. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas grabadas en audio, los datos se transcribieron y trataron mediante análisis de contenido. **Resultados:** Surgieron dos categorías empíricas: la importancia de la higiene bucal en opinión de las enfermeras y; El papel de la enfermera en el logro de la higiene bucal. **Conclusión:** Aunque los participantes reconocen la importancia de la higiene bucal en varios aspectos, todavía hay lagunas en cuanto a la comprensión de su papel en este cuidado, así como su correcta ejecución y registro en la historia clínica.

Descriptores: Unidades de cuidados intensivos; Higiene bucal; Enfermería.

¹Faculdade Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil.

²Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Autor correspondente: Carolina Rodrigues Milhorini | E-mail: crmilhorini@gmail.com

Recebido: 04/03/2020 - Aceito: 23/06/2020

INTRODUÇÃO

Desde os tempos nightingaleanos, apregoa-se que cuidados como higienização das mãos e da cavidade oral, mudança de decúbito, cuidados com a pele e cateteres são fundamentais no processo de recuperação, manutenção e promoção da saúde, sendo eles de competência da enfermagem¹.

No ambiente hospitalar, a higienização da cavidade oral deve ser contemplada diariamente, já que esta prática visa, reduzir a colonização de patógenos na cavidade oral, remover meios de cultura, prevenir infecções bucais que podem se disseminar pelo organismo, além de manter a integridade e hidratação da mucosa oral, garantindo conforto ao paciente. Assim, proporciona um cuidado integral, com baixo custo e alta efetividade, sendo um importante pilar de sustentação para prevenção de agravos à saúde do indivíduo¹⁻³.

Quando a higiene bucal é ineficaz ou negligenciada, o risco de complicações durante a internação aumenta, resultando na elevação do tempo de internação e dos índices de morbimortalidade das instituições. A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) é um exemplo de complicação frequentemente observada no cotidiano das Unidades de Terapia Intensiva - UTI sendo que dados de São Paulo, em 2015, mostraram que a incidência de PAVM em hospitais de ensino foi superior a treze casos por 1.000 ventilador/dia, aumentando significativamente os custos com a internação e a mortalidade^{4,5}.

Contudo, reiteradamente, a higiene bucal não é priorizada no cotidiano multiprofissional nas UTI. Os motivos variam desde a sobrecarga de trabalho e falta de treinamento para a realização, até o descomprometimento profissional, por encararem este cuidado pertencente exclusivamente a equipe de saúde bucal. Outra questão que contribui significativamente para este cenário é a carência de protocolos, com recomendações sistematizadas para nortear e responsabilizar os profissionais quando à saúde bucal do paciente crítico^{3,6}.

Apesar disso, vale ressaltar que a enfermagem é gestora e geradora de cuidado para o paciente frente à equipe multidisciplinar. Assim, a higiene bucal cabe ao enfermeiro e à sua equipe, sendo necessária a sensibilização destes profissionais e o aprofundamento na técnica, alicerçada em evidências científicas e garantindo a qualidade, segurança e conforto ao paciente^{6,7}.

Desta forma, em virtude da relevância da higiene bucal como medida de promoção da segurança ao paciente⁵, julga-se fundamental compreender a percepção dos enfermeiros sobre a mesma, visto que, primordialmente, são responsáveis pela manutenção e sustentação dessa prática.

Assim, com o intuito de compreender a lacuna existente entre as recomendações atuais sobre higiene bucal e a prática real, a partir das considerações dos enfermeiros intensivistas, objetiva-se com este estudo apreender as percepções de enfermeiros sobre higiene bucal em adultos internados em UTI.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto I e III de um hospital universitário público de grande porte localizado no Norte do Estado do Paraná, Brasil. Cada UTI possui 10 leitos, sendo que a primeira se destina a pacientes clínicos e cirúrgicos, predominantemente com afecções agudas ou exacerbação aguda de condições crônicas. Já a segunda, designa-se a pacientes crônicos, com tempo de internação prolongado, geralmente provenientes da UTI I.

Foram convidados a participar todos os 12 enfermeiros atuantes em ambas as UTI, excluindo-se que estavam em férias ou licença no período da coleta de dados e sendo a amostra composta por nove deles.

A coleta de dados ocorreu de julho a setembro de 2018, no ambiente laboral, Cada enfermeiro foi submetido a uma única entrevista com gravação em áudio, procedida pela autora principal, de duração mínima de 10 e máxima de 20 minutos.

Utilizou-se um instrumento norteador composto por uma parte inicial de caracterização do participante e quatro questões abertas: 1) *O que você pensa sobre higiene bucal em uma UTI?* 2) *Como você vê essa prática na rotina do setor em que atua?* 3) *Na sua percepção como enfermeiro, como essa prática tem sido realizada no seu campo de atuação?* 4) *Existe um registro referente à higiene bucal na UTI em que você trabalha?*

Antes do início da entrevista, o enfermeiro foi esclarecido quanto aos objetivos do estudo. Seguiram-se os preceitos éticos brasileiros descritos na Resolução No. 466/2012⁸. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, com CAAE 53864716.9.0000.5231 e parecer No. 1.896.016.

As falas foram transcritas em versão literal, sem considerar pausas, aspectos comportamentais ou corporais. Os dados foram tratados pela análise de conteúdo⁹, compreendendo as etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados com as inferências e as interpretações. Os depoimentos apresentados para ilustrar os resultados foram codificados como E1 a E9 (enfermeiro 1 a enfermeiro 9), objetivando manter o anonimato dos inquiridos.

RESULTADOS

Dos nove entrevistados, cinco eram do sexo feminino e quatro do masculino, com média de idade de 40 anos, tempo de atuação como enfermeiro entre quatro e 35 anos e, nos cenários do estudo, variando entre dois a 30 anos.

Identificaram-se duas categorias empíricas: A) A importância da higiene bucal na visão dos enfermeiros e; B) O papel do enfermeiro na concretização da higiene bucal.

Categoria A: a importância da higiene bucal na visão dos enfermeiros

Os enfermeiros mencionaram que a higiene bucal na UTI é importante para a prevenção de infecções, diminuição no tempo de internação e garantia de conforto e bem-estar ao paciente. Os recortes a seguir clarificam estas questões:

[...] serve para a prevenção de pneumonia e outras infecções de vias aéreas [...] (E4)

[...] eu penso nessa questão de bem-estar, da gente enquanto indivíduo além da prevenção de pneumonia associada à ventilação [...] (E3)

[...] é um cuidado essencial para um paciente que está debilitado e que, quanto menos comorbidades, quanto menos infecções, quanto menos dias de internação ele tiver no hospital, melhor pra ele. A higiene bucal contribui para isso. (E3)

Os participantes também trouxeram à luz que, para a efetivação dos benefícios da higiene bucal, é preciso o uso correto de produtos e realização adequada, como mostra este recorte:

Quando a higiene bucal é feita efetivamente com os produtos adequados, da forma necessária, isto tem prevenido outras doenças, como a pneumonia associada à ventilação. (E2)

Todavia, ainda que estejam cientes do quão essencial é este cuidado ao enfermo, houve uma idiosincrasia demonstrando falta de conhecimento sobre a correta realização do mesmo, descrevendo incorretamente o protocolo de higiene bucal na UTI:

Eu sei que é realizada de manhã, à tarde, à noite na hora do banho. [...] eu acho que a cada seis horas a boca deve ser higienizada. Aqui a gente usa o Cepacol®. Ou será que tem outro produto sendo usado já específico para fazer a higienização bucal? (E5)

Categoria B: o papel do enfermeiro na concretização da higiene bucal

Predominantemente, os entrevistados compreendem a higiene bucal como função inerente à enfermagem, e anuem que, como enfermeiros, são responsáveis por supervisionar essa prática, certificando-se de sua correta realização. Também consideram a importância de realizar processos educativos que valorizem este cuidado e elucidem a equipe acerca de lacunas que evitam sua correta realização, como mostram estes excertos:

Nosso papel é supervisionar, orientar e cobrar uma adequada higiene da boca do paciente. Quando a gente faz o exame físico, a gente olha como está a condição de higiene do paciente [...] (E2)

Nosso papel está no acompanhamento, na supervisão das higiênes, nas avaliações, no exame físico e temos que estar educando permanentemente nossa equipe [...] (E4)

Alguns dos entrevistados afirmam realizar higiene bucal quando há necessidade, quando os demais membros da equipe de enfermagem estão sobrecarregados ou a fim de orientá-los na prática:

Quando vejo que há necessidade de higienizar a boca, nem pergunto se já foi feito ou não; vou lá e faço. (E3)

Tem que reorientar esse profissional, até ir e fazer a técnica completa junto com ele. (E4)

[...] quando eles (técnicos de enfermagem) estão ocupados, eu também faço a higiene bucal. (E7)

Todavia, um dos participantes exprime uma fala divergente às demais, se eximindo da responsabilidade acerca da higiene bucal. À exceção dos outros, um dos entrevistados refere não realizar essa atividade, mesmo quando é preciso.

Eu não faço higiene bucal! Eu peço para eles (técnicos de enfermagem) fazerem, eles é que têm que fazer. É a função deles fazer a higiene bucal, entendeu? (E5)

Ainda no tocante ao papel do enfermeiro diante da temática em estudo, assinala-se que, majoritariamente, os entrevistados negam registrar informações referentes às condições de higiene bucal, mesmo quando observam uma disposição precária na cavidade oral. Embora pareça ter havido uma confusão sobre o registro do enfermeiro e da própria equipe, não houve nenhum registro em qualquer

etapa, seja na anotação ou na evolução de enfermagem, por qualquer membro da equipe:

O que mais se anota são coisas que acontecem nos outros sistemas, então a gente acaba não dando uma atenção para as condições da boca nos relatos escritos. (E4)

Não se faz registro não; pelo menos eu não faço. Eu desconheço se na verificação dessa higiene oral, da higienização, existe um registro [...] (E5)

DISCUSSÃO

Neste estudo, os entrevistados ressaltaram que, para conquistar os benefícios da HB, são necessários produtos efetivos associados à técnica correta. Sabe-se que, contar com um protocolo institucional que sistematize tal cuidado é essencial para a sua correta prescrição e realização. Assim, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), publicou recomendações nacionais e um Procedimento Operacional Padrão (POP) de HB para pacientes internados em UTI, que pode ser utilizado e adaptado à realidade das instituições^{7,10}.

Essas recomendações dependem de fatores relacionados ao paciente e à assistência que recebe, destacando que a HB deve ser realizada em período independente, não estando associada ao banho ou outro procedimento. Deve ser iniciada pela região externa da boca, higienizando e hidratando lábios e comissuras labiais, a fim de evitar lesões com a abertura da boca, bem como propiciar maior conforto ao paciente na realização dessa ação¹⁰.

A higiene interna da cavidade oral deve ser realizada com gaze e espátula ou escovas de cerdas macias descartáveis, primeiramente, com água destilada estéril ou filtrada, a fim de remover sujidades e desorganizar os biofilmes presentes. Após, deve-se aplicar solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2%, não diluída, a cada 12 horas. Nas duas etapas, os produtos devem ser aplicados em todas as partes moles e duras presentes na cavidade, incluindo o tubo orotraqueal ou cateter de dieta, com movimentos leves anteroposteriores, seguindo o direcionamento da arcada superior para inferior. Além disso, devem-se utilizar óleos vegetais comestíveis para hidratar e lubrificar a região interna da boca¹⁰.

No cuidado com a língua, deve-se evitar o uso de raspadores. As próteses dentárias devem ser removidas, higienizadas seguindo os mesmos passos da HB,

armazenadas, ou entregues ao responsável pelo paciente, evitando complicações como engasgo e impregnação de biofilme¹⁰.

Ainda na categoria A, os enfermeiros, apesar de expressarem compreender a relevância da HB para o processo saúde-doença, ainda demonstram desconhecimento da técnica correta, materiais utilizados e das etapas do protocolo de HB na UTI.

Resultados semelhantes foram descritos em uma pesquisa em que todos os entrevistados afirmaram que a HB era uma importante medida preventiva para PAVM, entretanto, cerca de 70% desconheciam o protocolo⁶. Outra pesquisa mostrou que os enfermeiros que detinham conhecimento sobre os protocolos e a importância dos cuidados para o paciente intensivo eram capazes de orientar uma HB adequada, sendo que quanto maior o conhecimento e especialização, maior era a qualidade técnica do procedimento⁷.

Quando os protocolos encontram-se desconhecidos pelos profissionais, surge uma gama de práticas empíricas que geram consequências deletérias aos pacientes e os profissionais passam a exprimir dúvidas que afastam a HB da rotina, como a não associação entre a falta da higiene oral e o aumento da proliferação microbiana^{6,7,10}. Assim, faz-se imprescindível que o enfermeiro admita seu papel de gestor e promotor do cuidado, buscando processos educativos e monitorizando a HB.

Na categoria B, os entrevistados aprofundaram sua percepção sobre seu papel na concretização da HB, sendo que, em sua ótica, este está voltado para a supervisão, orientação e avaliação da realização do procedimento.

A supervisão efetiva, unida à capacidade de orientar a equipe de enfermagem de forma clara, objetiva e correta, garante qualidade e segurança aos cuidados prestados ao paciente. Para isso, o enfermeiro deve estar intimamente ligado com os procedimentos que supervisiona, de forma prática e científica, para transparecer confiança e organização à equipe^{11,12}.

Corroborando, a avaliação é uma etapa que faz parte da sistematização da assistência de enfermagem e, no cotidiano, é um aspecto muito importante e que está intimamente ligado à supervisão. Esta deve ser realizada durante a assistência prestada pelo enfermeiro, de maneira integral e com propósito de identificar, analisar os resultados das intervenções e aperfeiçoá-las para alcançar os objetivos terapêuticos^{11,12}.

A avaliação também auxilia o enfermeiro na identificação de fragilidades da equipe e, sendo assim, ao considerar a técnica complexa da HB, os enfermeiros devem

acompanhar esse procedimento e identificar os pontos positivos e negativos da sua realização, para proporcionar o *feedback* para a equipe, visando instituir processo educativos que eximam as lacunas para correta execução^{11,12}.

Os enfermeiros que participaram da pesquisa referiram realizar a HB esporadicamente ou se abstiveram da responsabilidade desse cuidado. Frequentemente, observa-se que tais profissionais não se veem com promotores do cuidado direto ao paciente, distanciando-se da assistência de enfermagem para priorizar questões meramente burocráticas^{13,14}.

Com essa decisão, o enfermeiro compromete sua liderança e o vínculo com sua equipe, podendo favorecer o surgimento de outros núcleos de liderança que prejudicam a sistematização dos procedimentos, propiciando desorganização e conflitos. O paciente deixa de ser o centro dos cuidados e sofre as consequências de uma assistência desqualificada e as complicações decorrentes desta^{13,15}.

Vale ressaltar que as funções administrativas pertinentes também são importantes para a qualidade da assistência, entretanto, a assistência está intrínseca à função do enfermeiro, inclusive prevista na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, que determina que o enfermeiro deve exercer, privativamente, os cuidados de enfermagem diretos ao paciente crítico, com risco de vida e os que necessitam de maior habilidade técnica e científica¹⁶.

Enfermeiros devidamente capacitados, comprometidos com a HB e que compartilham seus conhecimentos com a equipe são molas propulsoras para despertar o interesse à saúde bucal do paciente e promover a valorização dos protocolos e da adoção de práticas de caráter preventivo. Isso eleva a qualidade e segurança da assistência, uma vez que ocorre um processo de sensibilização da equipe, evitando a negligência do cuidado e diminuindo erros^{10,17}.

Outro aspecto essencial para a HB e que aparece obscuramente nos diálogos dos participantes é o registro do procedimento e, na categoria B, os entrevistados negaram a sua existência qualquer etapa.

O registro precisa conter características do paciente como o uso de próteses ou autonomia para a realização da HB, o exame da cavidade oral, a evolução do quadro e possíveis intercorrências. Deve ser realizado no prontuário do paciente, por todos os profissionais envolvidos no procedimento, de forma clara e objetiva, sendo finalizado com o nome e registro do profissional¹⁸.

Assim como nos discursos dos participantes, um estudo realizado com 65 enfermeiros constatou que em 100% dos prontuários não havia registro da realização da HB, nem diagnósticos de enfermagem ou anotações e evoluções sobre as condições da cavidade oral. Neste mesmo estudo, mais de 90% dos prontuários contavam com prescrição de HB, apesar de que, em mais de 88%, não havia descrição de materiais e produtos a serem utilizados, demonstrando como o desconhecimento das condições e necessidades do paciente interferem no plano de cuidados de enfermagem¹⁹.

A ausência do registro pode ser interpretada como negligência de um cuidado, podendo acarretar em fortes consequências para os profissionais e instituições, uma vez que o Código de Ética dos Profissionais de enfermagem prevê o registro como responsabilidade, dever e direito dos profissionais¹⁹.

Para minimizar a omissão dos registros pelos profissionais de enfermagem, são necessárias estratégias de conscientização dos enfermeiros sobre a importância do registro para o plano terapêutico multiprofissional e para a correta realização da HB do paciente, a fim de proporcionar a supervisão da equipe de enfermagem. Dar continuidade ao exame físico da cavidade oral, capacitação de toda a equipe e valorização dos protocolos instituídos também podem auxiliar na diminuição da negligência do registro de enfermagem¹⁹.

Este estudo possui limitações que não conferem cunho finalístico às discussões sobre a temática. O primeiro ponto limitador é o fato de o fenômeno ter sido investigado apenas sob a ótica de um dos atores envolvidos, sendo necessárias pesquisas que abarquem a visão das demais categorias profissionais que promovem a HB. Em segundo, pode-se mencionar a questão de ter sido realizado em apenas uma instituição, devendo ser expandido para outras realidades. Por fim, cita-se que, embora o método escolhido tenha proporcionado responder ao objetivo proposto, a sua associação com dados de uma investigação quantitativa poderia fornecer um panorama mais amplo sobre a problemática aqui exarada, recomendando-se pesquisas de métodos mistos.

A apreensão destas percepções permite identificar barreiras entre as recomendações das atuais sobre HB e a prática real, fornecendo subsídios para estratégias de aprimoramento por meio de processos educativos. Dessa forma, espera-se que este estudo possa auxiliar equipes e instituições a reconhecerem possíveis lacunas na concretização de uma HB adequada, para elevar a qualidade e segurança da assistência de enfermagem.

CONCLUSÃO

Nas categorias deste estudo, evidenciou-se que os enfermeiros reconheciam a importância da HB para a saúde integral do paciente e conseguiam associá-la à diminuição da incidência de infecções bucais, em especial da PAVM, além de compreenderem que a realização da HB traz conforto ao paciente. Havia preocupação com a técnica correta e os produtos a serem utilizados na HB, apesar disso, mostraram desconhecimento acerca dos protocolos vigentes e o registro deste cuidado também se mostrou pouco valorizado.

Os inquiridos entendiam o seu papel na concretização da HB como supervisores do cuidado, mas realizavam esporadicamente ou assumiam que a responsabilidade desse cuidado era apenas dos técnicos de enfermagem.

Contribuição dos autores:

Marina Monteiro: coleta, análise e interpretação dos dados e redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Andréia Bendine Gastaldi: concepção e/ou desenho do estudo, redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Juliana Helena Montezeli: concepção e/ou desenho do estudo, redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Carolina Rodrigues Milhorini: coleta, análise e interpretação dos dados e redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Aline Franco Da Rocha: concepção e/ou desenho do estudo, redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Belela-Anacleto AS, Peterlini MA, Pedreira ML. Higienização das mãos como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2019 Ago 17];70(2):442-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200442&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
2. Araújo RJ, Oliveira LC, Hanna LM, Corrêa AM, Carvalho LH, Alvares NC. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2009 [citado 2019 Dez 18];21(1):38-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000100006&lng=en
3. Menegazzo K, Durigon AS, Garrastazu MD. Avaliação das técnicas de higiene bucal nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) da macrorregião de saúde do meio-oeste catarinense e sugestão de protocolo. *Ação Odonto* [Internet]. 2018 [citado 2019 Dez 27];(2):115-28. Disponível em: <https://unoesc.emnuvens.com.br/acaodonto/article/view/15139>
4. Guimarães GR, Queiroz AP, Ferreira AC. Instituição de um protocolo de higiene bucal em pacientes internados no CTI do HUSF. *Periodontia* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 3];27(1):7-10. http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2017/marco/REVERPERIO_MAR%C3%87O_2017_PUBL_SITE_PAG-07_A_10%20-%202017-03-2017.pdf
5. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de pneumonia relacionada à assistência à saúde. In: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. 2a ed. Brasília (DF): ANVISA; 2017 [citado 2019 Dez 15]. p. 17-35. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=pCiWUy84%2BR0%3D>
6. Miranda MV, Souza FM. Conhecimento da equipe de Enfermagem sobre a importância da higiene oral na prevenção da PAVM. *Id On Line Rev Mult Psicol* [Internet]. 2018 [citado 2019 Dez 22];12(40):584-96. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1184>
7. Cruz JR, Martins MD. Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 2];4(20):87-96. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000100010&lng=pt
8. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012 [citado 2019 Maio 22]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Departamento de Odontologia e de Enfermagem. Procedimento Operacional Padrão HB.02. Higiene bucal (HB) em pacientes internados em UTI adulto ou pediátrica [Internet]. São Paulo: AMIB; 2019 [citado 2019 Dez 25]. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2019/novembro/29/2019_POO_HIGIENE_BUCAL__HB__EM_PACIENTES_INTERNADOS_EM_UTI_ADULTO.pdf
11. Carvalho NA, Gama BM, Salimena AM. A supervisão sob a ótica dos enfermeiros: reflexos na assistência e trabalho em equipe. *Rev Adm Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2019 Dez 30];17(69):1-18. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/68/91>
12. Chaves LD, Mininel VA, Silva JA, Alves LR, Silva MF, Camelo SH. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2019 Dez 31];70(5):1106-1. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000501106&script=sci_arttext&tlng=pt
13. Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T, Sauthier M. Práticas de cuidado de enfermagem na terapia intensiva: análise segundo a ética da responsabilidade. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [citado 2020 Jan 6];20(4):e20160095. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400212&script=sci_abstract&tlng=pt
14. Leite L, Peres AM, Sade PM, Souza PB. Mapeamento dos papéis gerenciais de enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 12];11(8):3158-66. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110222/22138>
15. Garcia BL, Thofehm MB, Porto AR, Moura PM, Carvalho LA, Fernandes HN. Relação entre liderança e vínculos profissionais: percepção de enfermeiros. *Rev Pesqui Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 6];18(2):114-8. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6715>

16. Lei No. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Art. 11. 1986 [citado 2020 Jan 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm

17. Jesus TM, Pimenta GF, Oliveira LP, Marins NC, Oliveira MT. A importância da higiene oral em pacientes com ventilação mecânica. *Rev Enferm Atual* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 13];87(Ed Esp):1-7. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/175>

18. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN No. 514, de 05 de maio de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente [Internet]. 2016 [citado 2020 Jan 2]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html

19. Zanei SS, Kawamura MM, Mori S, Cohrs CR, Whitaker IY. Valoração e registros sobre higiene oral de pacientes intubados nas unidades de terapia intensiva. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2020 Jan 11];20:e965. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1101>

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ACERCA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Paloma Horbach da Rosa¹

Luis Calvo Pereira²

Silomar Ilha²

Claudia Zamberlan²

Karine de Freitas Cáceres Machado²

<http://orcid.org/0000-0003-4463-1042>

<http://orcid.org/0000-0002-2701-8767>

<http://orcid.org/0000-0002-2132-9505>

<https://orcid.org/0000-0003-1898-328X>

<https://orcid.org/0000-0003-1053-7082>

Objetivo: Conhecer a percepção do enfermeiro sobre a atuação da categoria profissional no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa, realizada com quatro enfermeiros de um serviço de atendimento pré-hospitalar particular e cinco residentes de um Programa de Residência Profissional em Enfermagem em Urgência/Trauma de uma Instituição de Ensino Superior que realizavam prática em atendimento pré-hospitalar móvel. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada e foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: Emergiram quatro categorias: A importância da atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar; Dupla atuação do enfermeiro: gestão e clínica; Importância do conhecimento técnico e científico; Autonomia profissional do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar. **Conclusão:** Evidencia-se a relevância e necessidade do enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar, o que contribui para a valorização profissional da categoria.

Descritores: Socorro de urgência; Assistência pré-hospitalar; Enfermagem em emergência.

NURSES' PERCEPTIONS ABOUT PROFESSIONAL PERFORMANCE IN THE CONTEXT OF MOBILE PREHOSPITAL CARE

Objective: To know the nurse's perception of the performance of the professional category in the mobile pre-hospital care service. **Methods:** This is an exploratory-descriptive, qualitative research carried out with four nurses from a private pre-hospital care service and five residents from a Professional Residency Program in Nursing in Urgency / Trauma from a Higher Education Institution who were performing practice in mobile prehospital care. Data were collected through semi-structured interviews and were submitted to Bardin's content analysis. **Results:** Four categories emerged: The importance of the nurse's performance in Pre-Hospital Care; Dual role of the nurse: management and clinic; Importance of technical and scientific knowledge; Professional autonomy of nurses in pre-hospital care. **Conclusion:** The relevance and need of nurses in Pre-hospital Care is evidenced, which contributes to the professional valorization of the category.

Descriptors: Emergency relief; Pre-hospital assistance; Emergency nursing.

PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL DESEMPEÑO PROFESIONAL EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA MÓVIL

Objetivo: Conocer la percepción de la enfermera del desempeño de la categoría profesional en el servicio móvil de atención prehospitalaria. **Métodos:** Esta es una investigación exploratoria descriptiva y cualitativa realizada con cuatro enfermeras de un servicio privado de atención prehospitalaria y cinco residentes de un Programa de residencia profesional en Enfermería de urgencia / trauma en una institución de educación superior que estaban realizando práctica en atención prehospitalaria móvil. Los datos se recopilaron a través de entrevistas semiestructuradas y se enviaron al análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Surgieron cuatro categorías: la importancia del desempeño de la enfermera en la atención prehospitalaria; Doble papel de la enfermera: gestión y clínica; Importancia del conocimiento técnico y científico; Autonomía profesional de las enfermeras en atención prehospitalaria. **Conclusión:** Se evidencia la relevancia y la necesidad de las enfermeras en la atención prehospitalaria, lo que contribuye a la valorización profesional de la categoría.

Descriptores: Ayuda de emergencia; Asistencia prehospitalaria; Enfermería de emergencia.

¹Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

²Universidade Franciscana, Santa Maria, RS, Brasil.

Autor correspondente: Silomar Ilha | E-mail: silo_sm@hotmail.com

Recebido: 05/03/2020 - Aceito: 23/06/2020

INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar (APH) móvel caracteriza-se como a assistência realizada fora do ambiente hospitalar a pessoas com alterações agudas de saúde, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica¹. Em diversos países a integração dos serviços de APH móvel, ainda é incipiente assim como ocorre no Brasil, onde esses serviços ainda estão sendo estruturados. Percebe-se, mundialmente, inúmeros modelos organizacionais aplicados a esses serviços, e estes variam de acordo com os modelos de APH já adotados, os quais sofrem influência, principalmente, dos modelos americano e francês².

No Brasil, o modelo de APH móvel é uma combinação destes dois modelos. Apresentando duas modalidades de unidades de atendimento, sendo elas a Unidade de Suporte Básico de Vida (SBV), onde as unidades terrestres são tripuladas por um condutor e um técnico de enfermagem, que realizam o acolhimento e atendimento. Além disso, existem as unidades de Suporte Avançado de Vida (SAV), as quais são tripuladas por um condutor, médico e enfermeiro, onde estes profissionais apresentam autonomia na tomada de decisão sobre o tratamento e habilitação para a realização de procedimentos invasivos de salvamento^{3,4}.

Atualmente, o enfermeiro atuante em APH apresenta amparo legal, através da Resolução No. 225/2000 que discorre sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa e terapêutica à distância e com a Resolução No. 260/2001 onde o APH torna-se uma especialidade do enfermeiro^{5,6}. Em 2002, a Portaria No. 2048 do Ministério da Saúde (MS) trouxe a regulamentação técnica dos sistemas estaduais de urgência e emergência delimitando os requisitos, competências e atribuições dos enfermeiros dentro do serviço de APH⁷. Dessa forma, ficou definido que o enfermeiro, além do atendimento às vítimas, possui outras atribuições como: manter-se sempre atualizado em suas capacitações, coordenar e capacitar equipe, elaborar ou reformular protocolos⁴.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental para o funcionamento correto do serviço, além das funções de gestão e coordenação da equipe de enfermagem, ele efetua a conexão entre a parte administrativa e o serviço assistencial. Ainda, é responsável pela supervisão e pelo controle das dinâmicas de trabalho, onde realiza a seleção dos pacientes de maior risco, conforme as prioridades estabelecidas, bem como a articulação entre os diversos setores e serviços⁸.

Dessa forma, historicamente o enfermeiro está inserido no atendimento as pessoas em situações de emergência

pré-hospitalar. Contudo, torna-se necessário conhecer como ocorre, na atualidade, a atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na perspectiva dos profissionais. Defende-se que os dados dessa pesquisa, poderão contribuir para a reflexão dos profissionais e socialização do conhecimento. Frente ao exposto questiona-se: como ocorre a atuação do enfermeiro no serviço de atendimento pré-hospitalar na perspectiva de profissionais atuantes? Para responder ao questionamento, esse estudo objetivou conhecer a percepção do enfermeiro sobre a atuação da categoria profissional no serviço de atendimento pré-hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo.

Participaram do estudo nove enfermeiros, sendo quatro enfermeiros de um serviço de APH privado do Rio Grande do Sul (RS), e cinco residentes de um Programa de Residência Profissional em Enfermagem em Urgência/Trauma de uma Instituição de Ensino Superior (IES) do estado do RS que realizavam práticas em APH^{9,10}.

O referido serviço de APH dispõe de quatro enfermeiros atuantes. O referido Programa de Residência contava no momento da pesquisa, com 11 residentes, sendo seis do segundo ano e cinco do primeiro ano.

Como critérios de inclusão dos participantes consideraram-se: ser Enfermeiro atuante no serviço por pelo menos seis meses; ser Enfermeiro residente do Programa de Residência Profissional em Enfermagem em Urgência/Trauma e estar em atividades práticas ou já ter passado pelas atividades práticas no APH. Visto que os residentes atuam no cenário pré-hospitalar apenas no segundo ano da residência. O período mínimo de atuação foi delimitado, por compreender como tempo satisfatório para que os participantes possuam conhecimentos na área de atuação, estando, portanto, aptos a responderem aos questionamentos.

Como critérios de exclusão consideraram-se profissionais e residentes que estavam de atestado, licença saúde ou férias no período de coleta dos dados. Atenderam aos critérios de inclusão, o *Corpus* desse estudo, cinco residentes e quatro enfermeiros do referido serviço, totalizando nove profissionais. Foram excluídos do estudo, seis residentes que ainda não haviam passado pelo campo prático do APH.

Realizado nas dependências do referido serviço de APH privado e nos campos de atuação dos residentes de enfermagem participantes do estudo.

Inicialmente foi realizado contato telefônico e/ou pessoal com os participantes, realizando o convite para participarem da pesquisa e explicando o objetivo e estrutura desta. Após o aceite dos participantes, foram agendados os momentos para coleta dos dados que ocorreram entre agosto e setembro do ano de 2018, de forma individual, mediante entrevista semiestruturada, gravada em aparelho MP3, contemplando duas etapas. Na primeira parte, buscou-se a caracterização dos participantes e, na segunda, foram realizadas três perguntas abertas sobre a atuação do Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar.

Os dados foram transcritos e após, analisados pela técnica de análise de conteúdo, em três etapas¹¹. Inicialmente foi realizada a pré-análise, pela leitura geral dos materiais transcritos, a fim de possibilitar uma visão abrangente do conteúdo. Em seguida, ocorreu a exploração do material, por meio de uma leitura em profundidade, que possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. Após essas etapas, foi desenvolvida a codificação dos achados e a elaboração das categorias¹¹.

Consideraram-se os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a resolução No. 466/12¹². Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com os pesquisadores. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de ensino, pelo CAAE: 94359718.3.0000.5306 e parecer, Nº. 2.820.757. Manteve-se o anonimato dos participantes identificando-os por P (Profissional), seguida de um algarismo numérico (P1, P2...P9).

RESULTADOS

Dos nove profissionais participantes do estudo, quatro eram enfermeiros do referido serviço de APH e cinco eram residentes do segundo ano, com idades entre 23 e 45 anos. Destes, cinco eram mulheres e quatro eram homens. Quanto ao tempo de formação, variou de oito meses a 19 anos. O tempo de atuação no APH variou de seis meses a 24 anos. Dos quatro enfermeiros do serviço, dois possuíam especialização em Urgência e Emergência, um, em Enfermagem do Trabalho e; um, era generalista.

Os dados analisados resultaram em quatro categorias: A importância da atuação do enfermeiro no APH; Dupla atuação do enfermeiro: gestão e clínica; Importância do

conhecimento técnico e científico; Autonomia profissional do enfermeiro no APH.

A importância da atuação do enfermeiro no contexto do APH

Conforme pode ser visualizado nos relatos dos participantes, a atuação do enfermeiro é imprescindível no APH móvel, pois a maior parte das ações frente ao paciente é realizada por esse profissional, bem como a tomada de decisão relacionada ao funcionamento, manutenção e higiene da ambulância.

A atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência é muito importante por que ele é o passo inicial para um atendimento de qualidade. O enfermeiro e o médico vão ver qual que é o melhor atendimento para o paciente, o que é primordial para recuperar o seu bem-estar, de acordo com a necessidade (P3).

O enfermeiro, junto com o médico é chave na hora do atendimento, os dois juntos conseguem coordenar bem uma situação de emergência a ponto da equipe conseguir ouvir tanto a parte da enfermagem quanto a parte médica e assim realizar um bom atendimento com a equipe (P2).

Cada profissional tem as suas funções específicas, mas nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, porque a maior parte das ações frente ao paciente é realizada por ele (P1).

Dentro do serviço, o chefe da base é o enfermeiro, qualquer tomada de decisão em relação a colocar uma ambulância fora de operação, fazer uma higienização, desinfecção na ambulância, até mesmo questionar alguns atendimentos é o enfermeiro que toma a frente. Na regulação um enfermeiro também é o chefe do setor digamos assim, a gente sempre entra em contato com ele. É o enfermeiro que faz o atendimento quando uma segunda pessoa disca o número 192, é ele que muitas vezes durante o atendimento, simplesmente decide encerrar, não vê a necessidade de passar à frente para o médico (P7).

Assim, percebe-se a importância do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro do APH móvel, visto a diversidade de atividades que este profissional desenvolve, como o gerenciamento do atendimento, supervisão da equipe e educação permanente, atuação direta a pacientes graves em situações complexas visando sempre o atendimento

com qualidade, sendo sua função e formação específica para alcançar a excelência no socorro a vítimas.

Dupla atuação do enfermeiro: gestão e assistência

Dentro do APH móvel, o enfermeiro desenvolve duas atividades fundamentais para o bom funcionamento de todo o serviço. Conforme relatado pelos participantes uma das atividades é a de gestor, no qual busca manter todo o sistema operacional funcionando de maneira ordenada, assumindo para si a responsabilidade de coordenar toda a parte burocrática do serviço. A outra atividade é a assistencial, atuando de maneira direta frente à enfermidade da vítima.

O enfermeiro está inserido nesse contexto de uma forma muito importante, muitas vezes ele assume a gestão do serviço de urgência e emergência, a responsabilidade técnica e atua também diretamente dentro das viaturas no suporte avançado ou mesmo no suporte básico e com o seu conhecimento pode fazer diferença em algum momento, alguma situação ou algum tipo de ocorrência (P1).

O Enfermeiro no pré-hospitalar tem a missão de orientar a equipe assim como nas demais áreas em que atua. A sua atuação assistencial na urgência e emergência tem que ser bastante pensada, pois atua em situação de extremo estresse e situações adversas muitas vezes. Então tem que estar focado naquilo que está desenvolvendo naquele local, naquela hora [...] se baseia nessas situações, tem que ter foco no que está fazendo, atender bem o paciente e avalia-lo conforme os protocolos (P6).

O enfermeiro tem uma função fundamental, porque normalmente ele coordena uma equipe de técnicos em enfermagem, então, ele tem que confiar bastante nos profissionais que compõem a equipe [...] ele articula todos os técnicos do suporte básico. Por dia são três técnicos que estão na coordenação dele. Tem que ter uma conversa bem sincera e troca de informações, o enfermeiro atua bastante na parte de educação permanente, educação continuada da equipe (P7).

O enfermeiro assume o papel de articulação no atendimento, integração da equipe, contribuindo na inter-relação entre os diversos atores, além de ser reconhecida como coordenadora da equipe, constituindo um elo entre a gestão e a assistência.

Importância do conhecimento técnico e científico

Nas ações a serem desenvolvidas frente a situações adversas apresentadas pelas vítimas nos atendimentos, o enfermeiro precisa estar preparado de maneira imprescindível para realizar o melhor atendimento possível. Essa preparação é adquirida por meio da inter-relação entre a teoria, prática e cientificidade.

Hoje o enfermeiro consegue ser um profissional diferenciado em suas ações baseadas em evidências teóricas, científicas e práticas. Consegue ter sucesso profissional na sua carreira, consegue salvar e amenizar muita dor, diminuindo sequelas no atendimento pré-hospitalar (P1).

O enfermeiro tem que ter conhecimento para ter autonomia de trabalho junto à equipe. Se o enfermeiro não tem grande conhecimento, tanto técnico como teórico a equipe vai respeitar, mas não vai dar tanta atenção. Tendo um bom conhecimento, sabendo o que está fazendo, não vai ter insegurança no momento do trabalho e com isso a equipe vai respeitá-lo profissionalmente e seguir aquilo que ele sugerir ser feito [...] o enfermeiro tem conhecimento técnico que é importante na hora da urgência e emergência para atuar junto com a equipe e também coordenar as ações na área em que está atuando (P2).

O enfermeiro faz bastante atendimento clínico e atendimento de trauma, então ele tem que ter bastante conhecimento da clínica e do exame físico para poder atuar nos diferentes tipos de atendimento (P5).

O trabalho do enfermeiro é fundamental tanto na parte prática quanto teórica, elas têm que ser bem atreladas ainda mais em serviço de urgência e emergência em que o trabalho é rápido e precisa de uma velocidade no atendimento e no processo (P4).

Assim, é imprescindível a atuação de assistência com habilidades e conhecimento científico que produza prognóstico positivo em relação à recuperação da vítima, o enfermeiro deve possuir embasamento teórico e habilidades práticas que visem à estabilização do paciente.

Autonomia do enfermeiro no APH

A autonomia profissional baseia-se na liberdade que o profissional possui de avaliar a conduta a ser tomada de maneira imediata com o usuário. Essas condutas são regidas pelos protocolos e legislações vigentes, a fim de amparo legal da atuação do profissional.

O Enfermeiro atuando no APH tem extrema importância, porque além de ter muita autonomia, diferente de alguns locais em que ele precisa de aval, de uma prescrição médica, as vezes até a presença do médico, no pré-hospitalar ele tem a liberdade de atuar efetuando os protocolos, seguindo os protocolos ele tem a possibilidade de fazer medicação, de tomar decisões. O enfermeiro toma muitas decisões no pré-hospitalar, muitas vezes ele toma a frente então o enfermeiro tem autonomia no pré-hospitalar e isso demonstra que ele é importante dentro do serviço com todas essas tomadas de decisões (P7).

O enfermeiro tem bastante autonomia para fazer as coisas e juntamente com a equipe consegue ver o que o paciente têm, examina, faz o exame físico e decide o que vai ser feito com o paciente. O enfermeiro tem bastante autonomia dentro do pré-hospitalar (P5).

O enfermeiro tem muita autonomia, se destaca bastante por poder fazer seus procedimentos. Ele atua tanto quanto o médico na imobilização da vítima, punção, administra medicação, controla os sinais vitais. Desde o trabalho mais simples ao mais complexo, o enfermeiro está ali constantemente (P4).

Dessa forma, com a autonomia do enfermeiro no APH, este profissional poderá realizar um serviço de qualidade, uma vez que, por se tratar de atendimento de emergência, a clientela a ser atendida requer cuidados que exigem do profissional uma gama de conhecimentos teóricos, além de prática apurada e bastante sensibilidade, visto que o sucesso ou não das intervenções está relacionada à tomada de decisões, que tem que ser mais precisa possível.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo assemelham-se a outro estudo no que se refere à idade e sexo¹³. Em relação à idade dos profissionais que atuam no APH móvel, os dados demonstram que o perfil de profissionais é relativamente jovem, indo ao encontro de que a maioria dos profissionais está em idade produtiva de suas vidas. No que concerne ao sexo, prevaleceram neste estudo às mulheres, o que denota a intrínseca ligação a identifica histórica da enfermagem, com predominância feminina, embora exista uma crescente tendência da prevalência do sexo masculino, no contexto do pré-hospitalar².

Quanto ao tempo de atuação, os dados encontrados nesta pesquisa vão ao encontro a estudo realizado na Suécia, onde os profissionais apresentavam de 2 a 33 anos de experiência profissional no pré-hospitalar¹⁴. Esses

resultados evidenciam a baixa rotatividade do serviço e da área e indicam que os anos de permanência no serviço promovem experiência e qualidade ao atendimento prestado.

Em relação à formação profissional, observa-se que, dos profissionais entrevistados a maioria são especialistas em Urgência e Emergência ou estavam em processo de formação na área, no caso dos residentes participantes desta pesquisa. Esses dados apontam para presença de um perfil profissional com alto nível de instrução, evidenciando que, os profissionais estão investindo em seu processo de formação, buscando o aperfeiçoamento e qualidade no serviço prestado.

Este estudo buscou conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a atuação da categoria profissional no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. No que diz respeito aos resultados a primeira categoria "A importância da atuação do enfermeiro no contexto do APH" denotou que o papel do enfermeiro é imprescindível, visto a diversidade de atividades que este profissional desenvolve que variam desde atividades de gestão às atividades assistenciais de alta complexidade.

Percebe-se na fala dos depoentes, que o enfermeiro, junto com a equipe, presta assistência com a finalidade de estabilizar a vítima desde o local da ocorrência até o atendimento hospitalar. Durante esse percurso por vezes o agravo exige que procedimentos invasivos e ações mais complexas sejam executados a fim de preservar a vida da vítima. Sendo assim, é possível descrever a importância do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar, pois durante esse período ele, juntamente com o médico, executa manobras e técnicas invasivas dentro da ambulância⁴.

Os participantes percebem a importância da atuação do enfermeiro na responsabilidade que este profissional apresenta frente às diversas competências desenvolvidas durante os atendimentos, e que juntamente com o médico, define ações a serem realizadas no atendimento em equipe. Referiram, ainda, a gerência relacionada ao funcionamento, manutenção e higiene da ambulância. Dado semelhante foi evidenciado em outra pesquisa desenvolvida com enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, na qual os profissionais referem que os enfermeiros realizam tanto ações assistenciais quanto gerenciais no APH¹⁵.

Em relação à segunda categoria "Dupla atuação do enfermeiro: gestão e assistência" observa-se que o enfermeiro no APH apresenta papel de articulador nas situações de assistência ou gestão. Os enfermeiros participantes do estudo referiram que essas duas atividades, gestão e assistência, são fundamentais para que

o enfermeiro desenvolva sua atuação no APH. Referiram que, a gestão se refere tanto a parte burocrática com vistas ao bom funcionamento do sistema operacional, como o desenvolvimento de atividades de atualização teórica, técnica e científica para a equipe e, outra atividade é a assistência direta frente ao usuário.

A atuação da enfermagem consiste, sobretudo, no cuidado e na administração do cenário onde o atendimento se desenvolve. Dessa forma, cabe ao enfermeiro gerenciar e realizar o cuidado, além das questões relacionadas ao ensino e a pesquisa¹⁵. O profissional enfermeiro é o responsável pela coordenação e supervisão das atividades da enfermagem, assim, deve dominar a dinâmica de trabalho no serviço, além de realizar as suas atividades assistenciais, dentre elas, avaliar as vítimas no momento do atendimento conforme sua gravidade e encaminhá-las para o serviço de referência¹⁴.

No que concerne à terceira categoria “Importância do conhecimento técnico e científico” o enfermeiro necessita realizar a inter-relação entre o conhecimento técnico e científico para realizar o atendimento qualificado. Os profissionais referiram a importância da interligação do conhecimento teórico e prático para a boa atuação do enfermeiro, especialmente, no APH pela característica de serem atendimentos que necessitam ser realizados em um pequeno espaço de tempo.

Além disso, referiram que a união desses conhecimentos, atribui ao enfermeiro, segurança na atuação e respeito profissional por parte da equipe. Esse dado vem ao encontro do descrito em um estudo que objetivou discutir de maneira conceitual a importância do enfermeiro na evolução do atendimento pré-hospitalar no Brasil. Neste, os autores referiram que é fundamental que o enfermeiro que atua no APH possua amplo conhecimento da fisiologia, bem como destreza para as atividades técnicas, com vistas ao atendimento de qualidade¹⁶.

Os atendimentos em APH têm exigido cada vez mais conhecimentos científicos dos profissionais. Sendo assim, o enfermeiro gestor do serviço tem a necessidade de estar desenvolvendo mecanismos e propiciando aos profissionais da equipe o conhecimento, a fim de que as tomadas de decisões ocorram de forma rápida e correta durante o atendimento¹⁷.

A associação da prática profissional ao conhecimento técnico-científico é referido como solução para a dificuldades encontradas durante a atuação profissional do APH, com destaque para a educação em saúde e a educação permanente, remetendo à importância da educação em serviço¹³.

Por último, na quarta categoria “Autonomia do enfermeiro no APH”, observou-se que a autonomia do enfermeiro no APH, é evidenciada nesta pesquisa, quando os profissionais referem às inúmeras atividades que o enfermeiro desenvolve, juntamente com a equipe, ou de forma independente, uma vez que seguem os protocolos. Além do mais referem que, muitas vezes o enfermeiro é o profissional que está à frente ao atendimento, avalia os pacientes, realiza o exame físico e decide a conduta a ser realizada pela equipe à vítima.

Dado semelhante foi evidenciado em estudo, desenvolvido com 72 enfermeiros atuantes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de três cidades do estado de São Paulo. No estudo, os pesquisadores identificaram que 67 (93,05%) dos enfermeiros entrevistados reconheciam ter autonomia necessária para o desenvolvimento de suas funções no cuidado e assistência, 35 (48,61%) enfermeiros responderam estarem amparados ética e legalmente caso decidam utilizar qualquer procedimento invasivo e 40 (55,56%) enfermeiros afirmaram possuir autonomia para a utilização e administração de fármacos na impossibilidade de auxílio médico¹⁸.

Evidencia-se que o enfermeiro no que concerne ao APH, tem conquistado o seu espaço, por meio de novos conhecimentos, o que denota a importância deste profissional, assim como os demais membros da equipe, estarão preparados para atender com qualidade as pessoas que necessitarem do serviço. Dessa forma entende-se que a educação continuada e permanente, os treinamentos e os protocolos, possibilitam maior autonomia e segurança da equipe, o que potencializa sentimentos de satisfação por parte de todos¹⁷.

Assim, percebe-se que, o espaço de atuação profissional do enfermeiro no APH móvel vem sendo ampliado e perpassa por todas as ações desenvolvidas nesse serviço, sendo elas, ações de assistência, gestão e educação. Nesse sentido, foi possível evidenciar que a atuação do enfermeiro é imprescindível, em especial no serviço de APH móvel, em todo o processo de assistência de forma autônoma, desde a prevenção de eventos mediante a orientação e educação permanente em saúde ao treinamento dos profissionais.

As fragilidades dessa pesquisa referem-se a questões próprias das pesquisas qualitativas, que por sua natureza, não permite a generalização dos seus resultados, uma vez que se caracterizam como a percepção singular de um grupo de profissionais.

Este estudo apresenta contribuições para a enfermagem como ciência e profissão, uma vez que contribui para

visibilidade profissional do enfermeiro no que concerne à atuação assistencial e gerencial relacionada tanto à coordenação do serviço, quanto da equipe no APH. Além disso, esse estudo poderá servir como base para outras pesquisas em diferentes realidades com vistas a corroborar ou refutar os dados apresentados.

CONCLUSÃO

Considera-se satisfatória a realização deste estudo, pois foi possível conhecer a percepção do enfermeiro sobre a atuação da categoria profissional no serviço de atendimento pré-hospitalar. Como principais resultados, os profissionais participantes do estudo referiram à importância da atuação do enfermeiro no APH, uma vez que ele é responsável por diversas ações frente ao paciente; sobre as duas atividades fundamentais que o enfermeiro desenvolve no serviço de APH, como a gestão e a assistência direta frente ao usuário; a interligação do conhecimento teórico e prático para a boa

atuação do enfermeiro e a autonomia do enfermeiro no APH para as inúmeras atividades que o profissional desenvolve, juntamente com a equipe, seguindo os protocolos, o que o possibilita assumir o atendimento, tomar decisões e condutas a serem realizadas pela equipe ao usuário.

Salienta-se a necessidade que mais estudos sejam desenvolvidos, relacionados à atuação do enfermeiro no APH, com vistas a maior compreensão sobre a relevância e a necessidade desse profissional nesse cenário, o que poderá contribuir para a valorização profissional da categoria.

Contribuições dos autores:

Pereira LC e Ilha S contribuíram com a concepção do projeto, análise dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Rosa PH, Zamberlan C e Machado KFC colaboraram com redação do artigo e revisão crítica relevante ao conteúdo intelectual.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria No. 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde [Internet]. 2011. [citado 2019 Jul 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
2. Dal Pai D, Lima MA, Abreu KP, Zucatti PB, Lautert L. Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2015 [citado 2019 Jul 12];17(4):1-12. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/31522>
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências [Internet]. 3a ed. 2006 [citado 2019 Jul 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf
4. Ministério da Saúde. Portaria No. 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências [Internet]. 2012 [citado 2019 Jul 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN No. 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica à distância e a execução da prescrição médica fora da validade [Internet]. 2015 [citado 2019 Jul 12]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4872015_33939.html
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN No. 581/2018. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. [Internet]. 2018 [citado 2019 Jul 12]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/07/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0581-2018.pdf>
7. Ministério da Saúde. Portaria No. 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência [Internet]. 2002 [citado 2019 Jul 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
8. Cunha VP, Erdmann AL, Santos JL, Menegon FH, Nascimento KC. Atención a pacientes en situación de urgencia: del servicio pre hospitalario móvil al servicio hospitalario de emergencia. Enferm Actual Costa Rica [Internet]. 2019 [citado 2019 Jul 12];(37):1-15. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/34744/38392>
9. Sousa FG, Erdmann AL, Magalhães AL. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: Lacerda MR, Costenaro RG. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde. Porto Alegre: Moriá; 2016. p. 99-122.
10. Costa R, Locks MO, Girondi JB. Pesquisa exploratória descritiva. In: Lacerda MR, Costenaro RG. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde. Porto Alegre: Moriá; 2016. p. 273-89.
11. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos [Internet]. 2012 [citado 2019 Jul 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
13. Andrade TF, Silva MM. Características dos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar: concepções sobre a formação e exercício profissional. Enferm Foco [Internet]. 2019 [citado 2019 Jul 12];10(1):81-6. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1444/500>
14. Wihlborg J, Edgren G, Johansson A, Sivberg B. Reflective and collaborative skills enhances ambulance nurses competence – a study based on qualitative analysis of professional experiences. Int Emerg Nurs. 2017;32:20-7.

15. Peres PS, Arboit EL, Camponogara S, Pilau CO, Menezes LP, Kaefer CT. Atuação do enfermeiro em um serviço de atendimento pré-hospitalar privado. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jul 12];10(2):413-22. <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6064/pdf>
16. Oliveira WA, Brandão EC, Reis MC, Giustina FP. A importância do enfermeiro na evolução do atendimento pré-hospitalar no Brasil. *Rev Enferm FACIPLAC* [Internet]. 2017 [citado 2019 Jul 12];2(2):1-12. <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/268/87>
17. Szerwieski LL, Oliveira LF. Atuação do enfermeiro na gestão do atendimento pré-hospitalar. *Rev Uningá* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jul 12];45(1):68-74. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1229>
18. Junyent RW, Rodrigues FS, Oliveira-Júnior IS, Wanderley AG, Tavares JG, Ferraz RR, et al. A autonomia do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar. *Sci Health* [Internet]. 2014 [citado 2019 Jul 12];5(2):86-95. Disponível em: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/14_mai_ago_2014/Science_05_02_2014%20-%2086-95.pdf

VULNERABILIDADE FUNCIONAL E QUEDA DE IDOSOS: QUAIS FATORES ESTÃO ASSOCIADOS?

Isabelle Iosif Rodrigues¹
Marcia Regina Martins Alvarenga¹

<https://orcid.org/0000-0001-8764-456X>
<https://orcid.org/0000-0003-1367-6475>

Objetivo: Analisar se há associação entre o nível de vulnerabilidade funcional com a ocorrência de quedas, as condições sociodemográficas e as de saúde. **Métodos:** Pesquisa transversal, de caráter analítico e abordagem quantitativa realizada com idosos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Dourados, MS, no período de junho a novembro de 2018. Para avaliar a vulnerabilidade funcional utilizou-se o *Vulnerable Elders Survey-13* (VES13). **Resultados:** Participaram do estudo 136 idosos, sendo 68,4% do sexo feminino, 30,1% sofreram quedas, 58,8% encontravam-se com nível de vulnerabilidade funcional elevado e a análise de associação destacou que sexo feminino e analfabetismo tem relação com vulnerabilidade funcional ($p < 0,050$). **Conclusão:** Constatou-se elevada taxa de vulnerabilidade funcional entre os idosos, necessitando do olhar holístico da enfermagem para promover a saúde, prevenir quedas e proporcionar melhor qualidade de vida da população idosa.

Descritores: Saúde do idoso; Vulnerabilidade; Quedas.

FUNCTIONAL VULNERABILITY OF ELDERLY: WHICH FACTS ARE ASSOCIATED?

Objective: Analyse if there is an association between the level of Functional Vulnerability, accidents such as falling, social-demographic and health. **Methods:** This analytical research had in contact with 136 elderly in the age of 60 or plus, both genders, 68,4% female, 31.6% male, and registers at the Family Health Strategy, Dourados, MS, during the months of June to November of 2018. For measuring the Functional Vulnerability was used the *Vulnerable Elders Survey-13* (VES 13). **Results:** 136 elderly people participated in the study, 68.4% of whom were female, 30.1% suffered falls, 58.8% were at a high level of functional vulnerability and the association analysis highlighted that female sex and illiteracy is related to vulnerability functional ($p < 0.050$). **Conclusion:** There was a high rate of functional vulnerability among the elderly, requiring a wide sight of nursing to promote health, prevent falls and provide a better quality of life for the elderly population.

Descriptors: Health of the elderly; Vulnerability analysis; Accidental falls.

VULNERABILIDAD FUNCIONAL Y CAÍDA DE LOS ANCIANOS: ¿QUÉ FACTORES ESTÁN ASOCIADOS?

Objetivo: Analizar si hay asociación entre el nivel de vulnerabilidad funcional con la ocurrencia de caídas, las condiciones sociodemográficas y las de salud. **Métodos:** Investigación transversal, de carácter analítico y enfoque cuantitativo realizada con ancianos de 60 años o más, de ambos sexos y registrados en la Estrategia de Salud de la Familia de Dourados, MS, en el período de junio a noviembre de 2018. Para evaluar la vulnerabilidad funcional se utilizó el *Vulnerable Elders Survey-13* (VES13). **Resultados:** Participaron del estudio 136 ancianos, siendo el 68,4% del sexo femenino, 30,1% sufrieron caídas, 58,8% se encontraban con nivel de vulnerabilidad funcional elevado y el análisis de asociación destacó que sexo femenino y analfabetismo tiene relación con vulnerabilidad funcional ($< 0,050$). **Conclusión:** Se constató una elevada tasa de vulnerabilidad funcional entre los ancianos, necesitando la mirada holística de la enfermería para promover la salud, prevenir las caídas y proporcionar una mejor calidad de vida a la población anciana.

Descritores: Salud del anciano; Análisis de vulnerabilidad; Accidentes por caídas.

¹Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados, MS, Brasil.
Autor Correspondente: Isabelle Iosif Rodrigues | Email: isabelleiosif@hotmail.com
Recebido: 25/3/2020 - Aceito: 25/6/2020

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é uma evolução dinâmica, natural e individual que ocasiona alterações anatômicas, fisiológicas e funcionais no organismo contribuindo para o desenvolvimento de fragilidade no idoso, deixando-o suscetível a redução ou perda de sua capacidade funcional. Este processo gradual do envelhecimento físico, funcional, associado à outras dimensões como a emocional, mudanças de papéis sociais e alterações na renda pela aposentadoria, propicia que esta parcela da população se torne mais vulnerável, implicando no aumento ao acesso aos serviços de saúde e assistência social. No entanto, é essencial ter uma visão holística sobre o envelhecer, não focando apenas no aspecto biológico, mas também considerar o cenário sócio histórico em que as pessoas estão inseridas, pois a velhice é o retrato de um processo de modificações não apenas fisiológicas, mas psicológicas, culturais e sociais¹. As alterações citadas e que ocorrem ao longo da vida podem ser traduzidas como determinantes sociais e de saúde que contribuem para o surgimento do quadro de vulnerabilidade².

A vulnerabilidade física também integra um aspecto importante e multidimensional a ser avaliado no processo de envelhecimento, entendido como um processo de risco nas condições gerais de saúde, resultante de recursos sociais, econômicos, familiares, psicológicos, cognitivos e ou físicos. Devido à ação desses fatores genético-biológicos, psicológicos e socioculturais, os idosos representam um grupo especialmente exposto à vulnerabilidade, que difere de outras fases do ciclo de vida².

Entretanto, a vulnerabilidade social sensibiliza de diferentes formas e intensidade os indivíduos, grupos e comunidades em planos distintos de seu bem-estar. É decorrente de fatores como a aposentadoria, diminuição de renda, discriminação, isolamento social e familiar e deficiência nas políticas públicas para suporte desses idosos. Sendo considerada dinâmica, não implica apenas pobreza relacionada à renda, mas compreensão dos eventos que danificam as relações sociais, culturais, políticas e econômicas. Melhorar essa compreensão colabora para diminuir de vulnerabilidade¹.

Medidas de avaliação da vulnerabilidade são instrumentos importantes para distinguir pessoas idosas com risco aumentado de deterioração da saúde, sendo um alvo importante para a intervenção interdisciplinar. Identificar as pessoas vulneráveis, com risco de declínio funcional e incapacidade é crucial na construção e na priorização de um cuidado adequado³.

Contudo, destaca-se que tanto as alterações sistêmicas no organismo quanto o impacto da vulnerabilidade

podem aumentar o risco de quedas, estando este entre as principais causas de morbidade e mortalidade na população idosa. Este evento é consequência da perda de massa muscular, enfraquecimento, deficiência de absorção de nutrientes, presença de doenças concomitantes e crônicas, comprometimento da cognição, alterações auditivas e visuais, entre outras que influenciam diretamente no equilíbrio e deambulação⁴.

A queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade⁵.

Quando o idoso sofre uma queda, essa normalmente vem acompanhada do receio de novas quedas, gerando a diminuição da independência e isolamento social, advindos de possíveis fraturas, entorses e lesões, causando aumento nas hospitalizações, no consumo de serviços sociais e de saúde, e óbito⁶.

Vários autores enfocam que a queda é um evento multifatorial influenciado por fatores intrínsecos, tais como: alterações fisiológicas, anatômicas, doenças crônicas, efeitos de medicamentos; ou fatores extrínsecos tais como: condições ambientais e sociais que impõe desafios aos idosos⁷.

Destaca-se que a incidência de quedas aumenta significativamente com o avançar da idade. Mulheres e idosos com 75 anos de idade ou mais, apresentam maior risco de cair. Este fenômeno pode ser explicado pela maior fragilidade das mulheres e pessoas mais velhas, prevalência de doenças crônicas, consumo de medicações e longevidade das mulheres em relação aos homens⁸.

Em termos de políticas públicas, a Portaria Nº 2.095, de 24 de Setembro de 2013 do Ministério da Saúde⁹, dispõe sobre o Protocolo de Prevenção de Quedas que visa instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional. Devem ser utilizados em todas as unidades de saúde do Brasil, podendo ser ajustados a cada realidade⁹. As políticas de prevenção e promoção dos cuidados de quedas na população idosa, propõem mecanismos para investigar as causas das quedas, bem como estratégias para o enfretamento das situações encontradas.

A Enfermagem atua nesse contexto como agente importante para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, por meio de cuidados específicos, seja na avaliação dos fatores de risco para quedas ou nas orientações (práticas educativas) voltadas para a prevenção destes eventos.

Nesta perspectiva este estudo questiona: quais fatores estão associados entre vulnerabilidade e queda nos

idosos? E apresenta como objetivo analisar se há associação entre o nível de vulnerabilidade funcional com a ocorrência de quedas, as condições sociodemográficas e as de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, analítica e de abordagem quantitativa.

Realizada nas equipes da Estratégia da Saúde da Família, zona urbana do município de Dourados, Mato Grosso do Sul.

A população estudada foi constituída por idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos e cadastrados na Estratégia da Saúde da Família de Dourados, área urbana, no ano de 2018. O cálculo do tamanho da amostra considerou a prevalência de quedas de 33,5%⁴, intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 8%. Era necessário 132 pessoas, mas participaram do estudo 136 idosos. A técnica de amostragem utilizada foi aleatória simples.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram idade (classificadas em faixa etária), sexo, estado civil (solteiro, casado ou união estável, viúvo, divorciado/separado, outros) e arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado). Relacionadas as condições de saúde: autoavaliação de saúde (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim), história de hospitalização nos últimos 12 meses (não/sim), presença de quedas nos últimos 12 meses (não/sim), quantas vezes caiu nos últimos 12 meses, local de ocorrência da queda (em casa, fora de casa, ambas as situações), presença de doenças crônicas (não/sim), uso de medicamentos diários (não/sim).

Para avaliar a vulnerabilidade física utilizou-se o *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13) que é constituído por 13 itens que abrangem idade, saúde autorreferida, limitação física e incapacidades (funcional). Inclui o grau de dificuldade para curvar-se ou agachar ou se ajoelhar, dificuldade para levantar ou carregar peso de mais ou menos 5 kg, dificuldade para estender os braços acima dos ombros, dificuldade para escrever ou manusear pequenos objetos, dificuldade para comprar itens de uso pessoal, dificuldade para caminhar 400 metros, dificuldade para realizar trabalhos domésticos pesado, dificuldade para lidar com dinheiro, dificuldade para caminhar pela sala, realizar trabalho doméstico leve e tomar banho¹⁰.

A pontuação final do VES13 varia de zero a dez pontos. A questão referente à idade pode variar de zero a três pontos, sendo 0 = 60 a 74 anos; 1= 75 a 84 anos ; e 3 = 85 a mais anos. No banco de dados temos idosos entre 60 a 96 anos. Autopercepção da Saúde pontua-se apenas um ponto, sendo 0 para excelente, muito boa, boa, e 1 para

regular e ruim. As perguntas do eixo Limitação Física, é 1 ponto para cada resposta "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" sendo considerado no máximo 2 pontos. No item Incapacidades considera-se 4 pontos para uma ou mais respostas "sim", com o máximo 4 pontos. Deste modo, de acordo com a pontuação obtida há uma estratificação em dois níveis: VES-13 < 3 idosos não vulneráveis e VES-13 ≥ 3 idosos vulneráveis¹⁰.

Os dados foram inseridos e analisados pelo programa SPSS e os resultados estão apresentados por meio de estatística descritiva (medidas de tendência central e de dispersão) e para analisar se há associação entre vulnerabilidade funcional com relação a quedas, condições sociodemográficas e de saúde foi usado quiquadrado de Pearson considerando o nível de significância $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, conforme protocolo CAAE 51804215.5.0000.8030 e Parecer: 1.406.745 que pode ser acessado no site da Plataforma Brasil.

RESULTADOS

A pesquisa, em Dourados, foi realizada com 136 idosos, sendo 93 do sexo feminino (68,4%). A prevalência de quedas foi de 30,1%. Destes, 24 (58,5%) sofreram queda em casa, 6 (14,6%) sofreram queda fora de casa e 11(26,9%) sofreram queda em ambas as situações. Destaca-se, ainda que 32 (78,0%) caíram até 2 vezes no período e os demais (22,0%) caíram 3 ou mais vezes. A maioria das quedas aconteceram na própria residência dos idosos, tendo em vista que é de preferência deles não sair muito para o ambiente externo, pois, muitos deles são vulneráveis e não se sentem seguros e confiantes ao sair.

As informações referentes aos dados sociodemográficos, autoavaliação de saúde e história de hospitalização, presença de quedas, de doenças crônicas e uso de medicamentos diários estão descritas na tabela 1.

A média de idade entre os entrevistados foi de 74,3 anos (desvio-padrão 8,760) e mediana de 74 anos. A escolaridade é baixa com média de 2,8 anos de estudos e desvio-padrão de 3,633. Os entrevistados têm em média 2,35 doenças autorreferidas com desvio-padrão 1,640.

As informações referentes à associação da vulnerabilidade com as variáveis analisadas pelo estudo estão representadas pela tabela 2, que apresenta diferença significativa estatisticamente para as mulheres e os analfabetos, sendo estes mais vulneráveis.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo dados sociodemográficos, autoavaliação de saúde, histórico de hospitalização, quedas, doenças crônicas e uso diário de medicamentos

Variáveis	n(%)
Sexo	
Feminino	93(68,4)
Masculino	43(31,6)
Faixa etária	
60 a 74 anos	75(55,1)
75 a 84	40(29,4)
85 a mais anos	21(15,5)
Estado civil	
Solteiro	04(2,9)
Casado	81(59,6)
Viúvo	42(30,9)
Separado/divorciado	09(6,6)
Arranjo familiar	
Acompanhado	116(85,3)
Sozinho	20(14,7)
Escolaridade	
Analfabeto	53(39)
Ensino fundamental incompleto (1-4)	57(41,9)
Ensino fundamental completo (5-8)	16(11,8)
Ensino médio incompleto (9-10)	02(1,5)
Ensino médio completo (11)	02(1,5)
Ensino superior (12 a mais anos)	06(4,4)
Condições de moradia	
Boa	114(83,8)
Regular	18(13,2)
Precária	04(03)
Auto avaliação de saúde	
Muito boa	9(6,6)
Boa	48(35,3)
Regular	62(45,6)
Ruim	11(8,1)
Muito ruim	6(4,4)
História de hospitalização	
Não	111(81,6)
Sim	25(18,4)
Presença de quedas	
Não	95(69,9)
Sim	41(30,1)
Presença de doenças crônicas	
Não	9(6,6)
Sim	127(93,4)
Uso de medicamentos diários	
Não	16(11,8)
Sim	120(88,2)
TOTAL	136(100,0)

Tabela 2. Análise da medida de associação entre o nível de vulnerabilidade dos idosos e as variáveis sociodemográficas, eventos de quedas, condições de saúde

Variáveis	Não Vulnerável	Vulnerável	p-value
SEXO			
Masculino	23	20	0,047*
Feminino	33	60	
Arranjo familiar			
Sozinho	11	09	0,174
Acompanhado	45	71	
Escolaridade			
Analfabeto	16	37	0,037*
Alfabetizado	40	43	
Condições de moradia			
Boa	48	66	0,616
Regular/precária	08	14	
Quedas			
Não	44	51	0,064
Sim	12	29	
História de hospitalização			
Não	49	62	0,138
Sim	07	18	
Uso de medicamentos diários			
Não	10	06	0,065
Sim	46	74	
TOTAL	56	80	

DISCUSSÃO

Dos 136 entrevistados, constatou-se 80 (58,8%) idosos com vulnerabilidade funcional e destes 45 (56,2%) pessoas com declínio funcional estabelecido e incapazes de gerenciar as atividades diárias em virtude das incapacidades. Observou-se, que 35 (43,8%) estão em risco de fragilização que significa que são capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, mas que, todavia, resulta na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), porém sem dependência funcional. Apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos. E, a análise de associação apontou que apenas as variáveis sexo (feminino) e escolaridade (analfabetismo) tiveram diferença significativa estatisticamente.

Esses resultados são corroborados com o estudo desenvolvido em Várzea Grande (MT)¹¹ que apresentou diferença significativa estatisticamente na prevalência de vulnerabilidade funcional no sexo feminino, entre os idosos longevos (80 anos e mais), não alfabetizados, com presença de sintomas depressivos, em risco nutricional, uso de polifarmácia e entre aqueles com dependência para atividades da vida diária (AVD)¹¹.

A predominância do sexo feminino é uma característica presente nos estudos nacionais e com destaque para a faixa etária de 60 a 69 anos, pois segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹² é a faixa com maior número de idosos no Brasil. Estudo desenvolvido com 403 idosos ressaltou que 61% dos entrevistados eram mulheres, 53% encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos e 67% estavam com grau de baixa vulnerabilidade funcional (grau robusto)¹³.

Em outro estudo realizado em um município do Oeste do Paraná que avalia a vulnerabilidade em uma unidade de saúde da família, os resultados foram semelhantes, com predominância do sexo feminino em que os autores relacionam esse resultado com a maior expectativa de vida da mulher, que vive em média oito anos a mais que os homens¹³.

As diferenças de gênero vivenciadas ao longo dos anos, como: discriminação, violência, trabalho doméstico, dificuldades educacionais e profissionais, proporcionam o aumento das mudanças corporais, de maneira que, as mulheres envelhecem mais que os homens quando se aborda a vulnerabilidade, seja por condições crônicas ou por fragilidade física e psicológica¹⁴.

Em Recife (PE), estudo com 576 idosos com idade igual ou superior a 70 anos, utilizou o VES-13 e destacou que apenas 21% da amostra estudada encontrava-se vulnerável, entretanto as mulheres apresentaram mais vulnerabilidade funcional do que os homens e do total de idosos pesquisados, 42% autoavaliaram sua saúde como regular¹⁵.

Tal vulnerabilidade se dá em decorrência de fatores associados à maior longevidade, que naturalmente leva ao desenvolvimento de mais doenças crônicas e incapacitantes, como por exemplo, osteoartrite, osteoporose, hipertensão, diabetes mellitus, depressão, entre outras¹⁶.

A pesquisa longitudinal do Estudo Saúde, bem-estar e envelhecimento (SABE) desenvolvido no município de São Paulo desde 2000 destaca que os eventos de quedas são mais frequentes em idosos com fenótipo de pré-fragilidade e fragilidade. Esta pesquisa destaca, também, que a ocorrência de quedas aumenta com a faixa etária e perda de peso¹⁷.

Observou-se no município de Mandaguari (PR), que dos 66 idosos pesquisados a presença de morbidades crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes), o uso de polifarmácia, o quadro de vulnerabilidade funcional e histórico de queda anterior aumentaram o risco para quedas entre os entrevistados¹⁸.

Diante disso, e das consequências diretas e indiretas relacionadas às quedas como a hospitalização, lesão leve ou grave que pode levar ao óbito, perda de autonomia e aumento dos custos das equipes de saúde no cuidado do idoso, é necessário oferecer uma orientação voltada ao envelhecimento saudável, depreender como as ocorrências surgem para assegurar o atendimento das necessidades do idoso em uma perspectiva holística e multidimensional¹⁴.

Para isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem como fundamentos da atenção de prevenção às quedas três pilares que se inter-relacionam, e que de certa forma são dependentes um do outro. Suas bases são voltadas à conscientização sobre a importância da prevenção e tratamento de quedas, a avaliação de fatores intrínsecos e extrínsecos das pessoas vulneráveis e o incentivo à implementação de medidas para a redução do número de quedas, baseando-se nas próprias experiências do público em risco¹⁹.

Considera-se como limitações do estudo o delineamento transversal da pesquisa e a população estar vinculada aos idosos cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Dourados. Entretanto, buscou-se por meio da técnica de amostragem aleatória manter o padrão de qualidade na coleta de dados.

Esse estudo traz a importância da atenção à saúde do idoso e de que forma seus determinantes influenciam na incidência de quedas nesse grupo. Dessa forma, essa pesquisa traz um alerta para os profissionais de saúde sobre a vulnerabilidade, bem como possibilita a avaliação da mesma por meio de um instrumento estruturado.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados da pesquisa, percebe-se a alta taxa de vulnerabilidade entre os idosos, em contrapartida a maioria deles (69,9%) não sofreu quedas. As características das quedas são diferentes para os idosos que caíram uma, duas ou mais vezes, o que pode nortear os profissionais de saúde, idosos e seus familiares em relação às estratégias específicas para prevenção de quedas. A identificação dos grupos de risco é uma importante ferramenta para o planejamento e elaboração de ações preventivas efetivas, com o intuito de garantir a preservação da capacidade funcional e da qualidade de

vida dos idosos. Ao expandir o entendimento da vulnerabilidade no idoso, os profissionais de saúde poderão aplicar esses saberes na prática clínica, propondo intervenções nos planos individual, social e programático do cuidado a essa população.

Contribuições dos autores:

IIR contribuiu na concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação

da versão final; MRMA contribuiu concepção, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final.

Agradecimentos:

À orientadora da pesquisa, aos idosos que participaram do estudo e à UEMS por possibilitar a execução do trabalho. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da UEMS.

REFERÊNCIAS

1. Cruz RR, Beltrame V, Dallacosta FM. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 13];22(3):e180212. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n3/pt_1809-9823-rbgg-22-03-e180212.pdf
2. Dalpube D, Rossi PG, Almeida ML, Ribeiro EB, Araújo R, Andrade LP, et al. Queixa subjetiva de memória e relação com alterações cognitivas e vulnerabilidade física de idosos da comunidade. *Dement Neuropsychol* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 13];13(3):343-9. Disponível em: http://demneuropsych.com.br/detalhe_artigo.asp?id=793
3. Amancio TG, Oliveira ML, Amancio VS. Fatores que interferem na condição de vulnerabilidade do idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 13];22(2):e180159. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n2/pt_1809-9823-rbgg-22-02-e180159.pdf
4. Cruz DT, Cruz FM, Chaoubah A, Leite IC. Fatores associados a quedas recorrentes em uma coorte de idosos. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jun 13];25(4):475-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n4/1414-462X-cadsc-25-4-475.pdf>
5. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Quedas em idosos: prevenção [Internet]. 2008 [citado 2020 Jun 13]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>
6. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite IC. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2020 Jun 13];23(4):386-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-386.pdf>
7. Freitas TS, Cândido AS, Fagundes IB. Queda em idosos: causas extrínsecas e intrínsecas e suas consequências. *Rev Enferm Contemp* [Internet]. 2014 [citado 2020 Jun 13];3(1):70-9. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/292/301>
8. Oliveira AS, Trevizan PF, Bestetti ML, Melo RC. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [citado 2020 Jun 13];17(3):637-45. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00637.pdf>
9. Ministério da Saúde. Portaria No. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente [Internet]. 2013 [citado 2020 Jun 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html
10. Luz LL, Santiago LM, Silveira JF, Mattos IE. Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o português. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 2020 Jun 13];29(3):621-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a19v29n3.pdf>
11. Cabral JF, Silva AM, Mattos IE, Neves AO, Luz LL, Ferreira DB, et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 13];24(9):3227-36. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n9/3227-3236/pt>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. 2018 [citado 2020 Jun 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
13. Balbinot G, Uscocovich KJ. Risco de vulnerabilidade dos idosos de uma unidade de saúde da família no oeste paranaense. *Rev Saúde Pública Paraná* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 13];2(2):13-9. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/260/87>
14. Silva PO, Aguiar BM, Vieira MA, Costa FM, Carneiro JA. Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 13];22(5):e190088. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n5/pt_1809-9823-rbgg-22-05-e190088.pdf
15. Lima CA, Carvalho JL, Aquino RC. Avaliação de vulnerabilidade do idoso através da adaptação transcultural do instrumento de identificação do idoso vulnerável ves-13. *Rev Eletrônica Estácio* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jun 13];3(1):1-7. Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/115>
16. Barbosa KT, Costa KN, Pontes ML, Batista PS, Oliveira FM, Fernandes MG. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jun 13];26(2):e2700015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e2700015.pdf
17. Duarte GP, Santos JL, Lebrão ML, Duarte YA. Relação de quedas em idosos e os componentes de fragilidade. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018 [citado 2020 Jun 13];21 Suppl 2:E180017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s2/1980-5497-rbepid-21-s2-e180017.pdf>
18. Silva IG, Peruzzo HE, Lino IG, Marquete VF, Marcon SS. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos em risco de quedas no sul do Brasil. *J Nurs Health* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 13];9(3):e199308. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047300/5.pdf>
19. Carvalho CJ, Bocchi SC. Idoso reconhecendo-se vulnerável a quedas na concretude da fratura do fêmur. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jun 13];70(2):296-303. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0279.pdf

PRODUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À SAÚDE DE HOMENS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: DISCURSO COLETIVO

Naomy Safira Batista da Silva¹ <https://orcid.org/0000-0001-9331-8680>

Anderson Reis de Sousa¹ <https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

Kelane Borges Rocha de Souza² <https://orcid.org/0000-0002-7373-5214>

Josias Alves de Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0002-5100-5536>

Álvaro Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0003-1615-5528>

Objetivo: Conhecer, através do discurso de profissionais de Enfermagem, como se dá o cuidado prestado à saúde de homens em privação de liberdade no sistema prisional. **Métodos:** Trata-se de um estudo de campo, qualitativo, descritivo e exploratório desenvolvido no Conjunto Penal de Feira de Santana - Bahia. A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada com 5 profissionais e a análise do conteúdo se deu pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Foi evidenciada uma prática de cuidado norteada pelo modelo biomédico, com perspectivas idealísticas de mudança. **Conclusão:** O conhecimento técnico e científico, a consciência da relevância do papel do profissional de enfermagem e a sensibilidade aos ajustes para promover saúde na penitenciária são itens necessários para uma prestação do cuidado de Enfermagem adequada.

Descritores: Enfermagem; Saúde do homem; Prisões.

PRODUCTION OF NURSING CARE TO MEN'S HEALTH IN DEPRIVATION OF LIBERTY: COLLECTIVE DISCOURSE

Objective: To know, through the discourse of nursing professionals, how the health care of men in deprivation of liberty in the prison system. **Methods:** This is a field study, qualitative, description and explorer developed in a Conjunto Penal de Feira de Santana - Bahia. The data collection was performed through semi-structured interviews with 5 professionals and content analysis was performed using the Collective Subject Discourse technique. **Results:** An assistance practice based on the biomedical model was evidenced, with ideal prospects for change. **Conclusion:** Technical and scientific knowledge, awareness of the importance of the nursing professional's role and sensitivity to adjustments to promote health in the penitentiary are necessary items for the provision of adequate nursing care.

Descriptors: Nursing; Men's health; Prisons.

PRODUCCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA SALUD DEL HOMBRES PRIVADOS DE LIBERTAD: DISCURSO COLECTIVO

Objetivo: Aprender, a través del discurso de los profesionales de enfermería, cómo se brinda atención médica a los hombres privados de libertad en el sistema penitenciario. **Métodos:** Estudio de campo cualitativo, descriptivo y exploratorio, desarrollado en el Conjunto Penal de Feira de Santana - Bahia. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas con 5 profesionales y análisis de contenido, utilizando la técnica del Discurso colectivo del sujeto. **Resultados:** Se evidenció una práctica asistencial basada en el modelo biomédico, con perspectivas idealistas de cambio. **Conclusión:** El conocimiento técnico y científico, el conocimiento de la relevancia del papel del profesional de enfermería y la sensibilidad a los ajustes para promover la salud en el centro penitenciario son elementos necesarios para la provisión de cuidados de enfermería adecuados.

Descriptor: Enfermería; Salud del hombre; Prisiones.

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

²Faculdade Nobre, Salvador, BA, Brasil.

Autor Correspondente: Naomy Safira Batista da Silva | E-mail - naomysafira@outlook.com

Recebido: 16/3/2020 - Aceito: 08/01/2021

INTRODUÇÃO

Anualmente, o Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN fornece informações referente a população carcerária do país através de relatório do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN. O Brasil possui 726.354 detentos, caracterizados como homens, adultos jovens (18 a 24 anos), negros (pretos e pardos), com baixo nível de escolaridade (até o ensino fundamental completo). Trata-se da 3ª maior população carcerária do mundo, estando atrás apenas da China e Estados Unidos da América, com taxa de ocupação de 171,62%, indicando superlotação. O país acompanha uma tendência, segundo a Organização das Nações Unidas - ONU, que aponta um crescimento na taxa de encarceramento global em desproporção, uma vez que, houve uma comprovada redução da criminalidade. Tal fato gera grandes impactos não mensurados nos sistemas econômico e previdenciário¹⁻³.

No que tange a saúde, em observação da Constituição Federal de 1988⁴, que assegura o direito à saúde a todos os indivíduos, é publicado em 2003, o Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional (PNSSP)⁵, com o propósito de controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira. No entanto, as instituições reclusivas preocupam-se com a integridade física do preso com o foco apenas em não deixá-lo morrer em suas dependências, conflitando com as diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil⁴⁻⁷.

Após um período de avaliação de 10 anos da PNSSP, é estabelecida a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) com objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, estabelecendo os serviços Atenção Básica à Saúde nas unidades prisionais e organizando as ações de referência para os serviços ambulatoriais especializados e serviços hospitalares que venham a ser necessários⁸.

Visando essa produção de cuidado integral, a Enfermagem ocupa uma posição diferencial, evidenciada pelo seu Código de Ética Profissional que caracteriza a prática ideal como dotada de autonomia, em consonância com a ética e legalidade, embasada em conhecimento técnico-científico e teórico-filosófico, exercendo as competências através de conhecimento próprio da profissão e sua interfaces com ciências humanas e sociais culminando assim no exercício satisfatório da assistência, gerência, ensino e pesquisa. Desse modo, no sistema prisional, como em outras unidades, as atividades desta equipe devem contemplar os metaparadigmas da profissão⁹.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de caso, de natureza qualitativa e abordagem descritiva-exploratória que visa conhecer aspectos relativos à produção do cuidado de Enfermagem direcionada à homens privados de liberdade no Conjunto Penitenciário em uma cidade de grande porte no Estado da Bahia, Brasil. O presídio Regional, conta com uma equipe de saúde, que atua 24 horas, composta por 11 técnicos de enfermagem, 3 enfermeiros, dois auxiliares de consultório dentário (ACD), quatro dentistas, quatro médicos, duas nutricionistas, um fisioterapeuta, cinco psicólogas, e nove assistentes sociais.

A pesquisa ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com a Plataforma Brasil sob o parecer No. 1.296.676. Os participantes foram entrevistados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) através do qual, os mesmos autorizaram a realização da entrevista e gravação das falas. Todos os procedimentos metodológicos obedeceram aos padrões estabelecidos pela Resolução No. 466/12 do Ministério da Saúde, no que tange aos referenciais da Bioética. Visando garantir o rigor metodológico do estudo qualitativo, adotou-se as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Participaram da pesquisa 5 profissionais pertencentes à equipe de Enfermagem, sendo uma enfermeira, um técnico e três técnicas de Enfermagem, do quadro efetivo, com mais de um ano na função ocupada, escolhidos de maneira intencional, por desenvolverem atividades de caráter assistencial de saúde no Conjunto Penal em que foi desenvolvida a pesquisa. Possuíam a faixa etária entre 26 a 45 anos, com uma média de dez anos de formação e oito anos de atuação no sistema prisional.

Os dados foram coletados através do agendamento prévio com os (as) participantes, conforme os horários disponíveis, sendo realizadas entre os meses de setembro a novembro de 2015, em uma sala reservada em uma instituição de ensino superior do município. Foram realizadas entrevistas individuais, guiadas por um instrumento previamente elaborado, composto por questões objetivas e discursivas sobre o objeto do estudo.

O material coletado, foi posteriormente transcrito na íntegra e submetido ao processo de organização e sistematização realizada pelos pesquisadores com apoio do software NVIVO, versão 10. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas individuais foram identificadas como ENF 1 e TEC 1 à TEC 4. Posteriormente, contemplando a metodologia de análise, foram utilizadas uma identificação representativa ao método do Discurso do

Sujeito Coletivo (DSC), a saber: “DSC de profissionais de Enfermagem que atuam no sistema prisional”.

O método empregado na análise foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefèvre e Lefèvre¹⁰, que, concerne no resgate de significados presentes nos discursos individuais para construção do discurso coletivo. Nesse método, é necessário organizar sistematicamente os dados qualitativos obtidos por meio de depoimentos, fundamentado na teoria das Representações Sociais (TRS) e seus pressupostos sociológicos desvelando figuras metodológicas próprias do discurso, a saber: Expressões Chaves, Ideias Centrais e Ancoragem. Estas, estruturam o surgimento do Discurso Síntese, representado por meio do Discurso Coletivo¹⁰.

RESULTADOS

O discurso da equipe de Enfermagem desvelou que a produção do cuidado à saúde de homens está permeada pelo modo como percebem o cuidado de Enfermagem produzido no espaço prisional, perpassando pelo direcionamento das ações, as condutas e encaminhamentos e a educação em saúde, representadas nas Ideias Centrais a seguir.

Ideia central 1: cenários da produção do cuidado de enfermagem

Ideia Central 1A: Percepção do cuidado de Enfermagem

A percepção do cuidado e da assistência prestada pela equipe de Enfermagem aos homens em privação de liberdade, em contexto prisional, evidencia uma satisfação pessoal dos profissionais com relação ao trabalho executado, o reconhecimento dos mesmos referente à relevância da sua atuação. No exercício profissional, destacam-se as ações associadas à identificação da necessidade de saúde do homem atendido, garantia da oferta de ações com o enfoque na promoção, prevenção e recuperação da saúde, realização de intervenções próprias de Enfermagem e contribuição para o alcance da qualidade de vida.

“Tenho minha profissão e a amo, e sei que posso fazer a diferença, mas não depende só de mim. Tenho a oportunidade de trabalhar com um público diferente, sempre tive curiosidade, então resolvi tentar e estou me adaptando bem. O trabalho é mediante a concurso público, que tem uma boa remuneração e as escalas de trabalho não são tão apertadas. O meu objetivo de trabalho é desenvolver ações de saúde, com o foco na promoção, prevenção e recuperação da saúde, e como

isso, posso melhorar a qualidade de vida dos homens. A saúde da população carcerária depende fundamentalmente de nós profissionais de Enfermagem, com isso busco focar nas necessidades dos usuários. Com certeza eu influencio diretamente na condição de saúde, porque normalmente eu faço a triagem, eu atendo o indivíduo e evidencio as queixas para que ele seja atendido ou encaminhado para unidade de referência ou pelo médico da unidade. Eu implemento os exames, com relação a testagem rápida, controlo os sinais e sintomas, acompanho os sintomáticos respiratórios, e essa minha destreza no atendimento possibilita um diagnóstico rápido e um tratamento eficaz. Para mim, Enfermagem não importa o local, o conjunto penitenciário é um local de aprendizado, sinto-me realizada em trabalhar no ambiente penitenciário. É um desafio diário, é uma pena que não posso fazer mais que o sistema não permite.” (DSC de profissionais de Enfermagem que atuam no sistema prisional).

Ideia Central 1B - Direcionamento da assistência de Enfermagem – controle de agravos à saúde

O direcionamento da assistência de Enfermagem prestada aos homens em privação de liberdade do sistema prisional, concentra-se no controle de sinais vitais, acompanhamento da pressão arterial e do Diabetes Mellitus, imunização, administração e controle de medicamentos utilizados, auxílio aos médicos em procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, distribuição de preservativos, prevenção, controle e realização de educação em saúde sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis.

“Realizo o de sempre, como a verificação de sinais vitais; o controle de pressão arterial, no programa Hipertensão; os procedimentos de Enfermagem, como os curativos; o controle das medicações daqueles detentos que possuem Diabetes e busco deixar as vacinas em dia, quando estou em período de campanha de vacinação. A assistência de Enfermagem prestada a população masculina aqui no presídio, consiste na prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), com o destaque para o HIV. Realizamos palestras sobre IST; entregas de preservativo; administro medicações mediante às prescritas médicas; realizo busca ativa dos casos de tuberculose; auxílio a equipe médica em pequenas cirurgias, situações raras, mas que acontecem no presídio, tudo isso buscando a maior qualidade” (DSC de profissionais de Enfermagem que atuam no sistema prisional).

Ideia Central 1C: Conduitas e encaminhamentos

As condutas assistenciais prestadas pela equipe de Enfermagem no sistema prisional para a garantia da saúde dos homens, são caracterizadas como de baixa complexidade. As situações de maior complexidade, que envolvam contextos de urgência e emergência, são demandas para unidades de saúde externas. Os encaminhamentos são realizados por meio de escolta policial, com o acompanhamento de profissionais de Enfermagem.

“Aqui no presídio, quando temos homens em situação de urgência e emergência, eu solicito a escolta policial. Se não houver médico atendendo no presídio, eu encaminho o detento para as unidades de pronto atendimento ou o hospital, sendo prestado os cuidados de Enfermagem durante este encaminhamento, verificando os sinais vitais. Sempre que houver necessidade de um atendimento de maior complexidade, os encaminhamentos são realizados para a unidade hospitalar, sendo cumprido um protocolo de segurança do paciente e do profissional. Como aqui no presídio, se configura uma de Atenção Básica à Saúde, só posso realizar atendimentos dessa ordem, como previsto na política de saúde prisional. O maior desafio que percebo é garantir que os homens deem a continuidade ao tratamento quando retornam das unidades externas de saúde para o presídio” (DSC de profissionais de Enfermagem que atuam no sistema prisional).

Ideia Central 1D: Educação em saúde

A educação em saúde, componente da assistência de Enfermagem, é realizada junto aos homens no sistema prisional mais expressivamente durante o mês de novembro, em associação ao Novembro Azul, visando sensibilização à prevenção do câncer prostático. As ações incluem a oferta de exames diagnósticos para a detecção do câncer de próstata. Além disso, aproveita-se a oportunidade para incorporação de outras temáticas como a higiene, as IST's e vacinação.

“A educação em saúde que é algo escasso na realidade do presídio. Não se realizam ações que possam gerar uma prevenção total das doenças aqui no presídio. Isso só acontece no novembro azul, em que desenvolvemos palestras para estimular a promoção da higiene, prevenção do câncer de próstata e sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, pois temos um número muito elevado. Nesta mesma oportunidade, aproveitamos para realizar campanhas de vacinação. É este mês também que triamos a população masculina

com mais de 40 anos, pois o presídio oferece a realização de exames de PSA e ultrassonografia de próstata. Estas ações são realizadas juntamente com o psicólogo e a assistente social do presídio” (DSC de profissionais de Enfermagem que atuam no sistema prisional).

DISCUSSÃO

Historicamente, a Enfermagem vem trilhando um caminho de êxodo paradigmático de uma atenção à saúde individualista e de hipervalorização do tecnicismo para abarcar uma perspectiva mais transcultural, holística, com um enfoque na saúde coletiva. Essa abordagem é particularmente necessária aos ambientes de reclusão, onde formam-se novas relações e modos de sobrevivência sendo o enfermeiro responsável por prestar uma assistência integral, focada nesse grupo específico, pautada nas leis e políticas que regem o seu exercício profissional e em uma postura ética perene. A integralidade, é uma defesa da Enfermagem, mesmo que, na sua prática, os enfermeiros, técnicos e auxiliares tenham dificuldade em conceituar. De um modo geral, considera-se a centralidade nos usuários e suas especificidades buscando a resolubilidade frente a situação de saúde dos mesmos o que, por consequência, deve gerar qualidade, humanização da assistência e relações de trabalho multiprofissionais intensas^{9,11,12}.

A satisfação pessoal dos profissionais e a consciência de sua relevância para alcance de status satisfatório de saúde e qualidade de vida dos internos é importante, porém, opõe-se ao entendimento comum que se tem acerca das profissões da saúde, na qual, todas são coadjuvantes em um processo terapêutico médico centrado. Ressalte-se que, é preciso ampliar essa perspectiva, partindo do individual para o público atendido, que usualmente, desconhece o papel do enfermeiro e do técnico de enfermagem quando comparados um ao outro, ou, a outros profissionais de saúde, fragilizando a identidade profissional. Uma estratégia apropriada para modificação desse quadro é uma aplicação mais efetiva e evidente da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que não foi mencionada pelos participantes da pesquisa. Unido aos aspectos supramencionados, a adoção de teorias da enfermagem também manifesta-se como facilitador no processo de cuidar, e ficou apenas subentendida na fala dos participantes enquanto descreviam as atividades desempenhadas e a avaliação dos possíveis impactos gerados à condição de saúde dos homens privados de liberdade^{13,14}.

Porém, mesmo partindo de uma perspectiva ampliada, o direcionamento da assistência de Enfermagem

apresentou-se com um caráter curativista, centrado na doença e na realização de ações campanhistas pontuais em datas do calendário anual de saúde. Esse achado corrobora com as dificuldades que a enfermagem ainda enfrenta por consequência da fragmentação do trabalho e os diferentes níveis de formação que compõem a profissão. Não foi evidenciada a atenção a outras demandas masculinas no ambiente carcerário, que poderiam ser melhor reconhecidas e trabalhadas na perspectiva das subjetividades presentes nos modos de constituição de cada indivíduo e na sua relação com os comportamentos e práticas de cuidado à saúde. Esse comportamento expressa, além de uma desarticulação com a realidade local, as consequências da desestrutura na qual se insere o serviço de atenção básica no sistema penitenciário, o que estabelece obstáculos a organização e gestão dos processos de trabalho. Assim sendo, faz-se necessário contemplar outras dimensões, a exemplo da saúde mental dos homens e uma abordagem mais sociológica no que tange à gênero, o que não foi mencionado nos discursos e pode ser de grande valia no processo de reorientação de ações.

Tendo em vista que as falas dos participantes trazem o enfoque para IST's, elementos como a superlotação no confinamento, ato sexual inseguro, índices de violência, uso de drogas, compartilhamento de perfuro-cortantes, estigmatização do apenado que busque pelo diagnóstico e cuidado interferem negativamente nesse cenário. Além disso, a ausência de ações coordenadas satisfatórias entre o ambiente interno e externo à prisão também fragilizam a efetividade das ações. Não se pode deixar de mencionar que é comum que a ação preventiva proporcionada pela vacinação seja negligenciada nos presídios. Isso é discordante dos princípios norteadores do SUS e a sua implementação está diretamente relacionada ao enfermeiro e sua equipe^{15,16}.

A menção de outras condições como a *Diabetes mellitus* e o acompanhamento da pressão arterial pelos participantes desse estudo também chama atenção para uma questão que não foi mencionada: a obesidade. Em um estudo do Reino Unido, observou-se que há uma dificuldade na manutenção da isonomia do cuidado prestado por enfermeiros, ainda que os mesmos desejem fazê-lo, pelas barreiras ambientais dos presídios, a exemplo da segurança do local, do cardápio pouco saudável e inatividade dos apenados pela longa permanência nas celas. Por parte dos presos, o tédio, estresse, desconsideração da importância da manutenção da saúde e a necessidade de uma imagem robusta para impor respeito, também são elementos que fragilizam a assistência. Esses obstáculos propiciam a incompletude no uso

das habilidades dos profissionais de Enfermagem, dificultando a criação de uma relação com vínculos saudáveis que propiciem a motivação ao autocuidado e a ressignificação das escolhas. Embora haja uma tentativa de adaptação para prestação de um cuidado adequado e responsável, o sistema ainda é um ponto de pesar no processo¹⁷.

No que tange a caracterização da assistência de Enfermagem, os participantes a apresentam como de baixa complexidade. No entanto, faz-se necessário desmistificar um equívoco comum, a Atenção Básica em Saúde é de elevada complexidade uma vez que lida com problemas complexos, frequentes no território em que se instala, no entanto, de baixa densidade, pois, adota tecnologias leves ou leve-duras para a resolução ou mitigação desses problemas mapeados¹⁸.

Em casos de necessidade de uma maior densidade tecnológica para atenção à saúde individual, deve estar garantido o acesso dos presos a unidade hospitalares ou de pronto atendimento. Nesses casos, a interprofissionalidade entra em cena, demandando uma ação conjunta entre os profissionais da segurança pública penitenciária e os profissionais de Enfermagem, especificamente, técnicos e auxiliares. A ida a um serviço de saúde externo as unidades prisionais apresenta uma experiência da estigmatização do homem privado de liberdade e cabe ao técnico de enfermagem exercer uma prática dotada de princípios éticos, evitando expor o paciente, atuando ou afastando-se de cena quando necessário, posicionando-se em situações conflituosas que venham a ocorrer, atuando de modo mais coerente possível, com aptidão e convicto de sua atribuição em proteger os indivíduos com a autonomia diminuída^{19,20}.

Uma vez atendida a demanda externa, a equipe de enfermagem atuante na unidade prisional identifica a descontinuidade do tratamento por parte dos detentos, sendo este, um desafio a ser superado. Essa quebra de continuidade pode estar associada a elementos corriqueiramente mencionados por homens no que tange ao seu cuidado à saúde como as experiências negativas proporcionadas por condutas inadequadas de profissionais de saúde, o que afeta a sensação de acolhimento, o receio de descobrir enfermidades que possam demandar mais tempo de cuidado e apoio de outras pessoas, impaciência dos mesmos frente a longa espera por atendimento, o estresse individual, vergonha de realizar alguns exames, desconforto pela quantidade de mulheres que os atendem e o deboche posterior por parte dos pares. A estratégia para melhorar esse caminho de adesão terapêutica e revisão da situação de saúde é o investimento em ações continuadas de educação popular, adaptadas ao meio, não autoritárias e mais participativas²¹.

Apresentamos como limitações deste estudo o número reduzido de profissionais, o fato do mesmo ter sido realizado em apenas 01 unidade penitenciária e a possibilidade de viés pelos profissionais apresentarem as experiências mais marcantes e não contemplarem outros elementos. Entende-se que o aprofundamento na temática possa ocasionar protocolos de atuação de enfermagem no sistema prisional, deixando aberta uma lacuna para investigações posteriores.

Este estudo aborda os cenários de produção de cuidado de enfermagem, levantando questionamentos acerca da experiência de enfermeiros e técnicos de enfermagem em um sistema majoritariamente punitivo. As condutas adotadas pelos profissionais podem apresentar estratégias para a prática da enfermagem e reforçam a necessidade de uma conduta de qualificação perene na legislação profissional.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer a realidade vivenciada pelos profissionais de Enfermagem no serviço de saúde de Conjunto Penal de Feira de Santana, Bahia, Brasil. A equipe atua com cuidado diretos aos homens, sendo linha de

frente na atenção à saúde dos presidiários. Trata-se, de uma questão de saúde pública, pois, interfere através da redução na expectativa de vida e aumento de incapacidades dos apenados, além de gerar custos ao Estado e contribuir com a disseminação de doenças no confinamento e fora dele.

Conclui-se que há um campo amplo a ser explorado com singulares oportunidades para a implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população, criando estratégias, ferramentas e modelos teórico-práticos para o processo de cuidar que possam subsidiar práticas da equipe de Enfermagem.

Contribuição dos autores:

Naomy Safira Batista da Silva - Interpretação de dados, redação e revisão do manuscrito; Anderson Reis de Sousa - Desenho do estudo, análise de dados, revisão crítica do manuscrito; Kelane Borges Rocha de Souza - Concepção do estudo, coleta e análise de dados; Josias Alves de Oliveira - Revisão crítica do manuscrito; Álvaro Pereira - Aprovação da versão final a ser publicada

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 20]. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>
2. Thailand Institute of Justice. Penal Reform International. Global Prison Trends 2018 [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 30]. Available from: https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI_Global-Prison-Trends-2018_EN_WEB.pdf
3. Tribunal de Contas da União. Realidade prisional: auditoria mostra que o custo mensal do preso é desconhecido em vários Estados [Internet]. 2017 [citado 2020 Fev 3]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/realidade-prisional-auditoria-mostra-que-o-custo-mensal-do-preso-e-desconhecido-em-varios-estados.htm>
4. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. 1988 [citado 2020 Jan 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
5. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [citado 2020 Jan 24]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf
6. Teixeira BV. Adaptando o corpo ao espaço de confinamento: um estudo antropológico sobre práticas corporais no presídio central de Porto Alegre [monografia] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009 [citado 2020 Jan 28]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18334/000728555.pdf?sequence=1&isAllowed=1>
7. Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. 1990 [citado 2020 Jan 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
8. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2020 Jan 30]. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>
9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN No. 564/2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 30]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
10. Lefèvre F, Lefèvre AM. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2a ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.
11. Lemos RC, Jorge LL, Almeida LS, Castro AC. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2010 [citado 2020 Jan 28];12(2):354-9. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/5544>
12. Oro J, Matos E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. Enferm Foco [Internet]. 2011 [citado 2020 Fev 5];2(2):137-40. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/113/95>
13. Amorim LK, Souza NV, Pires AS, Ferreira ES, Souza MB, Vonk AC. The nurse's role: recognition and professional appreciation in the user's view. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 28];11(5):1918-25. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23341/18946>

14. Silva AA, Sousa KA, Araújo TM. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade prisional fundamentada na Teoria de Orem. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 28];7(4):725-35. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22076>
15. Sousa KA, Araújo TM, Teles SA, Rangel EM, Nery IS. Factors associated with HIV prevalence in a prison population. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 28];51:e03274. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100470&lng=pt
16. Silva AA, Araújo TM, Teles AS, Magalhães RL, Andrade EL. Prevalence of hepatitis B and associated factors in prisoners. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 29];30(1):66-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100066&lng=en
17. Choudhry K, Armstrong D, Dregan, A. Nurses' perceptions of weight gain and obesity in the prison environment. *J Correct Health Care*. 2017;23(2):173-83.
18. Ministério de Saúde. Atenção Básica [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 30]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>
19. Ruppel A, Araujo A, Muller C, Guedes ML, Fabrini VC. Práticas e orientações técnicas da área da saúde nas unidades penais do Paraná [Internet]. Curitiba: Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania; 2011 [citado 2020 Fev 3]. Disponível em: http://www.depen.pr.gov.br/arquivos/File/caderno_saude.pdf
20. Freitas GF, Oguisso T, Fernandes MF. Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2010 [citado 2020 Fev 5];1(3):104-8. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/37/37>
21. Teixeira DB, Cruz SB. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2020 Fev 3];32(4). Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985>

CICLO DE SUPERVISÃO DE PETER NICKLIN NUM CENÁRIO DE ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Regina Pires¹

Catarina Sousa¹

Sílvia Ribeiro²

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha³

Margarida Reis Santos¹

<https://orcid.org/0000-0003-1610-7091>

<https://orcid.org/0000-0002-4873-0593>

<https://orcid.org/0000-0002-9996-7857>

<https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>

<https://orcid.org/0000-0002-7948-9317>

Objetivo: Relatar cenário de supervisão clínica de estudante de enfermagem no primeiro ensino clínico, com base no ciclo de supervisão de Nicklin. **Métodos:** Relato de Experiência no ensino com análise crítica de um cenário de supervisão clínica de estudante de enfermagem, em contexto do primeiro ensino clínico, num serviço de medicina, com a duração de 10 semanas, com base no ciclo de supervisão de Nicklin. **Resultados:** Analisaram-se as práticas e foram identificados problemas de natureza cognitiva, técnica, comunicacional, comportamental, relacional, de gestão das emoções e de autocontrolo. O plano de intervenção de supervisão baseou-se na mobilização de estratégias supervisivas que permitissem concretizar objetivos no sentido da aquisição de competências nos domínios em que foram identificados problemas. A implementação do plano decorre a partir da avaliação intercalar, nas últimas cinco semanas de ensino clínico. **Conclusão:** Concluiu-se que o ciclo de supervisão clínica de Nicklin, cuja estrutura encontra paralelismos na metodologia científica do processo de enfermagem, possibilita a análise do processo de desenvolvimento de estudantes em ensino clínico, com base no método científico, o que permite uma supervisão estruturada e baseada na identificação e resolução dos problemas.

Descritores: Tutoria; Educação em enfermagem; Estudantes de enfermagem; Estágio clínico.

PETER NICKLIN'S SUPERVISION CYCLE IN A NURSING CLINICAL PRACTICE SCENARIO

Objective: To report a clinical supervision scenario of a nursing student in the first clinical training based on Nicklin's supervision cycle. **Methods:** Teaching Experience Report with a critical analysis of a nursing student clinical supervision scenario, in the context of the first clinical training, in a medical ward, lasting 10 weeks, based on Nicklin's supervision cycle. **Results:** Practices were analysed and problems of a cognitive, technical, communicational, behavioural, relational, emotional management and self-control nature were identified. The supervisory intervention plan was based on the mobilization of supervisory strategies that would make possible to achieve objectives in the sense of acquiring skills in the areas in which problems were identified. The implementation of the plan takes place from the mid-term evaluation, in the last five weeks of clinical training. **Conclusion:** We concluded that Nicklin's clinical supervision cycle, whose structure finds parallels in the scientific methodology of the nursing process, allows the analysis of the students' development process in clinical training, based on the scientific method, which allows a supervision structured and based on the identification and resolution of problems.

Descriptors: Mentoring; Education, nursing; Students, nursing; Clinical clerkship.

CICLO DE SUPERVISIÓN DE PETER NICKLIN EN UN ENTORNO DE ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA CLÍNICA

Objetivo: Informar el escenario de supervisión clínica de un estudiante de enfermería en la primera educación clínica, basado en el ciclo de supervisión de Nicklin. **Métodos:** Informe de experiencia docente con un análisis crítico del escenario de supervisión clínica de un estudiante de enfermería, en el contexto de la primera enseñanza clínica, en un servicio médico, con una duración de 10 semanas, basado en el ciclo de supervisión de Nicklin. **Resultados:** Se analizaron las prácticas y se identificaron problemas de naturaleza cognitiva, técnica, comunicacional, conductual, relacional, emocional y de autocontrol. El plan de intervención de supervisión se basó en la movilización de estrategias de supervisión que permitirían alcanzar objetivos en el sentido de adquirir habilidades en las áreas en las que se identificaron problemas. La implementación del plan se lleva a cabo desde la evaluación intermedia, en las últimas cinco semanas de enseñanza clínica. **Conclusión:** Se concluyó que el ciclo de supervisión clínica de Nicklin, cuya estructura encuentra paralelos en la metodología científica del proceso de enfermería, permite el análisis del proceso de desarrollo del estudiante en la enseñanza clínica, basado en el método científico, que permite la supervisión estructurado y basado en la identificación y resolución de problemas.

Descriptorios: Tutoria; Educación en enfermería; Estudiantes de enfermería; Prácticas clínicas.

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

²Centro Hospital e Universitário do Porto, Porto, Portugal.

³Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Regina Maria Pires | E-mail: regina@esenf.pt

Recebido: 26/7/2020 - Aceito: 18/01/2021

INTRODUÇÃO

O ensino clínico (EC) constitui um componente crucial na formação dos estudantes de enfermagem (EE), pois permite a prestação de cuidados em contexto real contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento de competências. O ambiente da prática proporciona uma experiência autêntica que permite a triangulação dos conhecimentos teóricos e práticos e o desenvolvimento de habilidades, atitudes e valores que caracterizam o profissional de enfermagem¹⁻⁵. Pode afirmar-se que o EC é fundamental para o desenvolvimento de competências do EE, facilitando a formação da sua identidade e socialização profissional^{2-4,6}.

A primeira experiência de EC é muito relevante para o estudante, pois permite-lhe o confronto com a realidade da profissão³, o desenvolvimento e afirmação enquanto futuro enfermeiro.

O EC é uma etapa da formação que se afigura como um processo de tomada de consciência em torno de quatro eixos: descoberta da identidade profissional – o estudante toma consciência da sua capacidade para ajudar o outro, como fazem os enfermeiros, e confirma a sua decisão de querer ser enfermeiro; mobilização de competências existentes – o estudante consegue perceber que possui competências básicas, como a comunicação, que pode mobilizar para a prestação de cuidados como forma de intervenção perante uma necessidade identificada; vivência do processo de aprendizagem – o estudante toma consciência da importância do EC na sua formação por permitir articular os conhecimentos teóricos com a prática, num contexto real que permite uma aprendizagem gradual e controlada; sentimentos e emoções – o primeiro EC tem um forte impacto emocional no estudante que experiencia sentimentos positivos, como gratificação e orgulho, e negativos, como medo, ansiedade e insegurança³.

Podem identificar-se três fases de desenvolvimento da aprendizagem do estudante em EC⁷: *i*) fase inicial – caracterizada pelo início da relação e pela dependência do tutor; a aprendizagem é feita por imitação, pois o estudante tem pouca experiência e a sua dimensão cognitiva está ainda compartimentada. Nesta fase, os níveis de ansiedade são altos e o estudante necessita desenvolver motivação, segurança pessoal e confiança; *ii*) fase experimental – caracteriza-se pelo aumento da motivação, segurança e autonomia que levam o estudante a distanciar-se da imitação do tutor; *iii*) fase da autonomização – caracteriza-se pelo distanciamento crítico e analítico, pois o estudante já sente autosssegurança. Os níveis de motivação e autonomia são estáveis e começa a preocupar-se com questões de ordem ética e da qualidade dos cuidados.

Estas fases de desenvolvimento da aprendizagem exigem diferentes níveis de supervisão. A formação em enfermagem está muito dependente da qualidade da aprendizagem em contexto clínico⁸ e a qualidade da supervisão disponibilizada ao EE determina, fortemente, o sucesso do EC⁵. A supervisão é crucial para a formação do EE, uma vez que o foco da experiência clínica passa por prepará-lo de forma a que possa contribuir para uma melhor prestação de cuidados.

A nível internacional o processo de supervisão de estudantes em contexto clínico é conhecido por *mentorship*. Em Enfermagem, o mentor, ou tutor, é um enfermeiro da prática clínica que facilita a aprendizagem do estudante e supervisiona as suas práticas. O tutor é um elemento fundamental no processo de supervisão clínica, assumindo seis tarefas primordiais: *i*) transmissão de conhecimentos – suporte profissional, facilitar oportunidades de aprendizagem e aconselhamento; *ii*) *feedback* e avaliação – fornecer informação clara, construtiva e confidencial sobre o desenvolvimento do estudante, não esquecendo o impacto da mesma sobre a autoconfiança; *iii*) suporte psicossocial – apoio que deve fornecer em momentos de maior ansiedade e stresse; *iv*) modelagem – permite moldar ideias, valores, atitudes do estudante; *v*) ética – dotar o supervisionado de habilidades para lidar com dilemas éticos; *vi*) pesquisa – incentiva a pesquisa científica⁹.

É determinante que o tutor seja dotado de conhecimento sobre as práticas de tutoria, de competências pedagógicas e de supervisão, que lhe permitam identificar o desenvolvimento e as necessidades de aprendizagem dos estudantes, fornecer apoio no processo de aprendizagem, orientar o EE em direção aos objetivos pessoais de aprendizagem, incentivar a motivação, refletir com o estudante sobre o seu desempenho, proporcionar *feedback* construtivo, avaliar o desenvolvimento do estudante, analisando o domínio de competências adquiridas e a adquirir, conforme definido no currículo^{6,9,10}.

O modelo de Nicklin¹¹, é um modelo de supervisão clínica centrado na prática, integra três funções interativas: a educativa, com enfoque no desenvolvimento de competências, compreensão e reflexão, explorando as experiências de trabalho do supervisionado; a de suporte, com enfoque no provimento de apoio ao supervisionado que lhe permita lidar com as emoções face às situações com que se confronta; e a gerencial, centrada na responsabilidade profissional, nos padrões de qualidade, nas normas e procedimentos organizacionais. Integra um ciclo de supervisão de seis etapas, em tudo similares às

etapas do processo de enfermagem: *i)* análise da prática - exploração das situações problemáticas; *ii)* identificação do problema - clarificação dos problema; *iii)* definição de objetivos - definição dos objetivos de intervenção; *iv)* planejamento - preparação do programa real de intervenção; *v)* implementação - operacionalização do programa de ação supervisiva anteriormente enunciado; *vi)* avaliação - análise da ação supervisiva realizada e respetivos resultados¹¹.

Desta maneira o objetivo deste estudo foi analisar um cenário de supervisão clínica de um estudante de enfermagem no primeiro ensino clínico, à luz do ciclo de supervisão de Nicklin.

MÉTODOS

Relato de experiência de caso único, referente à análise crítico-reflexiva de um cenário de supervisão em contexto de ensino clínico, de uma EE do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), com base no ciclo de supervisão de Nicklin.

A experiência decorreu durante janeiro de 2020 e estiveram envolvidas duas estudantes do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem (MSCE), da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. A análise do cenário foi realizada por estas estudantes, nas aulas de orientação tutorial, sob supervisão de professores, previamente ao estágio de práticas supervisivas em contexto real.

Os aspetos éticos foram assegurados, as estudantes participaram de forma voluntária na experiência, permitindo o seu relato.

O objetivo desta experiência consistiu em treinar competências supervisivas de estudantes do MSCE, através da análise reflexiva de cenários de supervisão clínica.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Foi efetuada a análise crítica de um cenário relativo a um estudante que frequentava o 6º semestre (de 8) do CLE que integrava um grupo de estudantes que realizavam o primeiro EC num serviço de medicina, em contexto hospitalar. O EC tem a duração de 10 semanas, e os estudantes encontravam-se no final da 5ª semana.

Durante a 1ª semana, os estudantes discutiram com os tutores diversos focos de atenção de Enfermagem, fazendo o paralelismo com o que aprenderam no contexto escolar. Embora houvesse algumas dissonâncias era possível verificar que a atividade diagnóstica, a concepção de cuidados e a avaliação tinham forte ligação com o que aprenderam em sala de aula e nos laboratórios.

Porém, a estudante A, no decorrer das primeiras quatro semanas de EC, frequentemente, referiu não ter sido abordado na escola, ou não se lembrar, de algumas intervenções nomeadas pelo tutor. Confrontada com a necessidade de colaborar com o tutor na preparação de um fármaco para administrar ao paciente, demonstrou não possuir os conhecimentos básicos para que a intervenção fosse realizada com a qualidade e segurança requeridas. Questionada pelo tutor, manteve-se calada e manifestou por diversas vezes algum transtorno e ansiedade. No final do turno, a propósito da avaliação deste episódio, não conseguiu avaliar a gravidade do não cumprimento das exigências mínimas para a administração da terapêutica. No decurso das cinco semanas de EC apresentou grandes dificuldades na concepção do processo de enfermagem. A nível da prestação de cuidados, as principais dificuldades eram na gestão do tempo e das habilidades instrumentais, nomeadamente, no rigor da execução dos procedimentos e na manutenção da assepsia. Revelou dificuldades no relacionamento com os clientes, pouca empatia, distante, não valorizava as queixas e frequentemente dirigia-se-lhes de forma pouco assertiva e com linguagem um pouco hostil e altiva. Quando interpelada, pelo tutor, para analisar as práticas, reagia de forma defensiva, argumentando que achava que não era necessário, pois sentia-se segura das suas práticas e era muito rigorosa, fazendo tudo bem. Algumas vezes chorava dizendo que se sentia pressionada, que sabia o que estava fazendo e não gostava que ele a acompanhasse tanto.

No final da 5ª semana de EC, na avaliação intercalar realizada entre a estudante, o enfermeiro tutor e o professor, de acordo com esta equipe pedagógica, a estudante mantinha as lacunas a nível teórico, demonstrando dificuldades em relacionar os conhecimentos teóricos com a prática. Continuava a ter grandes dificuldades na concepção de cuidados, nas habilidades instrumentais, no rigor na execução dos procedimentos, gestão do tempo e estabelecimento de prioridades. Tentando sempre evitar os momentos que o tutor agendou para refletir com ela sobre o seu desenvolvimento, dizendo que tinha outras coisas para fazer. Durante a avaliação, não reconheceu as dificuldades apontadas pelo tutor, referindo não sentir necessidade de mudar de atitude.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

A análise do cenário à luz do ciclo de supervisão clínica de Nicklin¹¹, foi estruturado nas seis etapas, conforme podem ser visualizadas no Quadro 1.

Quadro 1. Análise do cenário superviso segundo o ciclo de Nicklin

Etapas	Dados
Análise da prática	Estudante no final da 5ª semana (de 10) do primeiro EC, que demonstra dificuldade nos domínios: - Cognitivos - Técnico - domínio instrumental e rigor na execução - Comportamento (atitudes) e relação com o outro - Comunicação - Gestão das emoções e autocontrolo
Identificação dos problemas	Dificuldades de domínio cognitivo Domínio dos conteúdos teóricos e científicos; Mobilização do conhecimento adquirido para a prática clínica; Conceção de cuidados; Pensamento crítico; Processo de tomada de decisão Dificuldades de domínio técnico Domínio instrumental; Rigor na execução de procedimentos; Garantia da qualidade dos cuidados de assepsia Dificuldades de domínio comunicacional Comunicação com o outro; Assertividade Dificuldades de domínio do desenvolvimento pessoal Comportamento (atitudes); Relação com o outro; Gestão das emoções; Autocontrolo da ansiedade
Definição de objetivos de supervisão clínica	Desenvolver as capacidades de domínio cognitivo; Melhorar o domínio técnico; Otimizar a comunicação; Progredir no desenvolvimento pessoal; Adotar atitudes congruentes com o desempenho profissional; Progredir do nível 1 para o nível 3 do faseamento da aprendizagem, no período de cinco semanas
Planeamento de supervisão clínica	Observação das práticas, no sentido de obter dados e informações sobre o desempenho da EE Promover estratégias potenciadoras das capacidades de domínio cognitivo Orientar na pesquisa de conteúdos teóricos e evidência científica, com vista ao aumento do domínio dos conteúdos teóricos e científicos; Proporcionar experiências promotoras da mobilização do conhecimento adquirido para a prática clínica; Assistir na realização das entrevistas clínicas aos clientes; Orientar na conceção de cuidados de enfermagem (identificação dos focos de atenção; dados relevantes; enunciação dos objetivos e dos critérios de resultado; planeamento das intervenções; atividades de avaliação; reformulação do planeado); Assistir na mobilização do conhecimento adquirido para a prática clínica; Estimular o pensamento crítico proporcionando experiências de avaliação, análise, explanação, interpretação, inferência e autorregulação, através de: colocação de questões reflexivas; discussão da conceção de cuidados; análise dos casos clínicos dos utentes; realização de um diário de aprendizagem; auxiliar a reflexão e autoanálise; Proporcionar experiências potenciadoras do processo de tomada de decisão; análise das situações clínicas, da conceção de cuidados e estabelecimento de prioridades Promover o domínio técnico Proporcionar experiências que envolvam a realização de procedimentos instrumentais, explorando o rigor na sua execução e a garantia da qualidade dos cuidados de assepsia, sempre que necessário efetuar demonstração de procedimentos Otimizar a comunicação Promover estratégias para melhorar a comunicação assertiva Promover o desenvolvimento pessoal Refletir sobre os comportamentos e atitudes; assistir na adoção de comportamentos e atitudes congruentes com os princípios profissionais; Estimular a relação com os utentes e equipa multidisciplinar; ajudar na identificação de estratégias de gestão das emoções; Ajudar na mobilização de estratégias de coping para gerir as emoções; Ajudar na identificação de estratégias de autocontrolo da ansiedade Providenciar feedback
Implementação	Aplicar o plano de intervenção definido
Avaliação	Avaliar continuamente as estratégias e efetuar a avaliação final dos resultados decorrentes da aplicação do plano de ação

O primeiro EC é rico em experiências para o EE permitindo que este se desenvolva e afirme enquanto futuro enfermeiro. É no contacto com a realidade que ele desenvolve competências que lhe permitem formar a sua identidade e socializar-se profissionalmente.

Porém, a literatura associa às primeiras experiências de EC uma pesada carga emocional, pela exigência e responsabilidade exigidas. O confronto com a realidade dos cuidados faz com que os estudantes sofram níveis de stress e ansiedade elevados que condicionam a sua prestação e aprendizagem.

O papel do enfermeiro tutor é determinante neste processo. Além de servir de modelo para o estudante, deve planejar este segmento de formação de modo a proporcionar-lhe experiências clínicas congruentes com os objetivos do EC e facilitar o desenvolvimento de competências

durante o mesmo, mobilizando as estratégias de supervisão apropriadas, às características do estudante.

Enquanto participante crucial no processo de aprendizagem, o tutor tem, entre outras funções, analisar o desenvolvimento do estudante, transmitir e orientar na aquisição de conhecimentos e experiências, estimular a reflexão sobre as práticas e o pensamento crítico, ajudar o estudante a desenvolver comunicação assertiva e atitudes congruentes com a profissão, estabelecer uma relação supervisiva profícua e providenciar *feedback* construtivo.

Assim, as fases do cenário superviso segundo o ciclo de Nicklin são discutidas:

Análise da prática e a identificação de problemas

À luz dos níveis de aprendizagem⁷, era suposto que na avaliação intercalar (meio do EC) a estudante demonstrasse

um desenvolvimento congruente com a fase experimental, ou seja, com aumento gradual da motivação, segurança e autonomia, com algum conflito entre a dependência e processo de autonomia no estabelecimento de relações, na concepção e prestação de cuidados, no estabelecimento de prioridades e tomada de decisão, decorrente da capacidade analítica e reflexiva, com percepção das suas limitações, com investimento na compreensão dos processos e lógicas e com emergência das questões éticas. Porém, concluiu-se que a EE apresentava dificuldades de domínio cognitivo, técnico, comunicacional, relacional e de desenvolvimento pessoal, que não eram congruentes com a fase experimental da aprendizagem, mas com a fase inicial, caracterizada pelo início da relação, dependência do tutor e aprendizagem feita por imitação. Dificuldades que não eram reconhecidas pela estudante, na medida em que sentia uma “falsa” segurança e autonomia que a levavam a agir autonomamente, fruto, em parte, das suas escassas capacidades críticas, analíticas e de questionamento ético. A dimensão cognitiva estava ainda compartimentada, a ansiedade estava presente e a estudante necessitava de desenvolver a motivação, o pensamento crítico, a segurança pessoal e confiança, com base na análise crítica da realidade, num bom nível de conhecimento teórico e adequada mobilização para a prática.

A imprevisibilidade e o desconhecimento do ambiente clínico tornam a experiência perturbadora, pelo que, na fase inicial da aprendizagem é plausível que os estudantes apresentem maior dificuldade em triangular os conhecimentos e mobilizar a teoria para a prática. Ainda assim, no contacto com a prática e no decorrer do EC estes devem ser capazes de articular conhecimentos e habilidades. A evidência aponta que a inconsistência entre a teoria e a prática são um dos fatores geradores de stress para os estudantes^{4,12}, o que não se verifica com o caso em análise.

Os níveis de ansiedade aumentam nas semanas prévias ao início do EC e mantêm-se elevados durante o mesmo, até que o estudante desenvolva maior autoconfiança e segurança¹³. A ansiedade condiciona a aprendizagem e compromete o desempenho dos estudantes^{4,12,14}. As expectativas e responsabilidades imputadas ao estudante⁴, o receio de não possuir conhecimentos teóricos suficientes e executar incorretamente procedimentos pondo em causa a segurança do paciente¹³ são fatores que aumentam os níveis de ansiedade.

Neste cenário estamos perante a conjugação de diferentes condições: por um lado a estudante não consolidou algumas aptidões essenciais para a prestação de cuidados em contexto real e que são treinadas em contexto

laboratorial, durante o ensino teórico que precede a formação em contexto clínico, desde logo, o conhecimento científico, as capacidades analíticas, habilidades instrumentais e rigor na execução, as técnicas de comunicação e relação interpessoal; por outro lado, os elevados níveis de stress e ansiedade concorrem para a falta de concentração, perda de memória e diminuição atenção, afetando o relembrar da teoria, a capacidade de observação, de análise, de pensar criticamente, de estabelecer prioridades, de tomar decisões, a destreza, o rigor na execução dos procedimentos e a qualidade dos cuidados prestados pelos EE.

Alguns autores³ referem que os sentimentos e emoções negativas associadas à primeira experiência de EC, são mais exacerbados. O medo do desconhecido e do fracasso, a indignação associada a comportamentos profissionais interpretados como impróprios para a profissão, o desconforto e insegurança inerente à confrontação com as dificuldades na prestação de cuidados, pouca receptividade do paciente à presença do estudante e a avaliação, agravam os níveis de ansiedade, levando a uma pior *performance* do aluno⁴.

Objetivos do Plano

Face ao identificado, o tutor traçou um conjunto de objetivos que orientaram a elaboração do plano de intervenção supervisiva que foi ao encontro da mitigação dos problemas e necessidades da EE. Visavam, também, a progressão do nível 1 para o nível 3 do faseamento da aprendizagem, nas últimas cinco semanas de EC, com vista à autonomização e distanciamento crítico.

O plano de intervenção

O plano de intervenção proposto foi discutido entre a equipe pedagógica e a estudante e todos se comprometeram com a sua implementação.

Ao desenvolver as competências identificadas no plano de intervenção, pretende-se que, no decurso das restantes cinco semanas de EC, a estudante progrida do estado de competências congruente com a fase inicial de aprendizagem⁷, transitando para a fase experimental, e subseqüentemente, para a fase de distanciamento crítico, última etapa do faseamento da aprendizagem.

Orientar o estudante na procura ativa de oportunidades de aprendizagem, na concepção de cuidados, na procura da evidência científica, na prática de habilidades instrumentais e comunicacionais, são estratégias que o ajudam a sentir-se mais confiante e a melhorar a sua *performance*, diminuindo as suas preocupações com a prática e os níveis de ansiedade, o que facilita a sua adaptação^{2,5,13}. Outras

estratégias são a observação, análise sistemática do desenvolvimento, nas diferentes áreas da intervenção e fornecer *feedback* sistemático acerca do mesmo.

O suporte e *feedback* positivo melhoram as estratégias de *coping* e os níveis de motivação e autoconfiança do EE, uma vez que promovem o processo de socialização profissional e facilitam o desenvolvimento profissional².

Avaliação dos resultados

A avaliação do plano de intervenção foi contínua, conforme o caráter da avaliação em EC. Porém, a supervisão da estudante em causa exigiu uma grande proximidade do tutor e do professor, no sentido de monitorizar a sua evolução. Não foi necessário alterar o plano de intervenção no decurso das cinco semanas, aferiu-se, por vezes a operacionalização das estratégias supervisivas, em função das oportunidades de aprendizagem e experiências proporcionadas pelo serviço.

A EE desenvolveu as suas competências em todos os domínios de intervenção da supervisão, progredindo para a fase de autonomização e distanciamento crítico, concluindo o EC com sucesso.

A equipe pedagógica considerou que os objetivos do plano de intervenção foram concretizados no decurso das cinco semanas previstas, avaliando como muito positivo o ciclo de supervisão adotado pelo tutor.

Consideramos como limitação desta experiência o facto de se constituir como a análise de um caso único, envolvendo apenas duas estudantes. Entendemos que é uma área que deve ser objeto de futuras investigações para avaliação da sua eficácia para o desenvolvimento de competências supervisivas.

O ciclo de supervisão clínica de Nicklin instrumento estruturado segundo metodologia científica, pode contribuir para o exercício da supervisão dos EE, em contexto de ensino, permitindo o envolvimento ativo dos estudantes no processo.

CONCLUSÃO

O recurso a ferramentas que facilitem a sistematização do trabalho do enfermeiro tutor é uma mais valia, no contexto de uma profissão exigente e complexa, à qual acresce a tarefa de tutoria dos EE, não menos complexa que a atividade profissional. O ciclo de supervisão clínica de Nicklin¹¹ é um instrumento que serve este objetivo.

Aplicado ao caso em análise, este ciclo permitiu analisar criticamente a informação, refletir e sistematizá-la, identificando os problemas e necessidades da EE em causa, delinear os objetivos e o plano de intervenção supervisiva congruentes com a sua resolução. A sua aplicação foi considerada pela equipa pedagógica e pelas estudantes do mestrado envolvidas no estudo uma mais-valia para o desenvolvimento das suas competências supervisivas permitindo-lhes perceber como poderiam construir um plano de intervenção que permitisse que a estudante A atingisse os objetivos de aprendizagem delineados para o EC.

É na reflexão conjunta sobre a aprendizagem e o processo de desenvolvimento do estudante e no compromisso de todos os envolvidos na concretização de objetivos comuns que reside o sucesso da utilização deste instrumento.

Contribuições dos autores:

Regina Pires: concepção e desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Catarina Sousa: análise e interpretação dos dados, redação do artigo; Sílvia Ribeiro: análise e interpretação dos dados, redação do artigo; Isabel Cristina Kowal Olm Cunha: revisão crítica e revisão final; Margarida Reis Santos: concepção e desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Nejad F, Asadzaker M, Baraz S, Malehi AS. Investigation of nursing student satisfaction with the first clinical education experience in universities of medical sciences in Iran. *J Med Life*. 2019;12(1):75-82.
2. Teskereci G, Boz I. I try to act like a nurse: a phenomenological qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2019;37:39-44.
3. Cabete D, Alves P, Baixinho C, Rafael H, Viegas L, Oliveira C. A primeira experiência clínica do estudante de enfermagem. *Pensar Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2020 Jan 10];20(2):3-25. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc1_3_25.pdf
4. Levett-Jones T, Pitt V, Courtney-Pratt H, Harbrow G, Rossiter R. What are the primary concerns of nursing students as they prepare for and contemplate their first clinical placement experience? *Nurse Educ Pract*. 2015;15(4):304-9.
5. Chicharo SC, Florêncio MV, Alves SZ, Cortez EA, Andrade M, Valente GS. Factors facilitating the teaching-learning in nursing education: an integrative review. *J Res Fundam Care Online*. 2016;8(2):4099-108.
6. Esteves LS, Cunha IC, Bohomol E, Santos MR. Clinical supervision and preceptorship/tutorship: contributions to the Supervised Curricular Internship in Nursing Education. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1730-5.
7. Abreu WC. Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau; 2007.
8. Oliveira ML, Silva NC. Estágio de docência na formação do mestre em enfermagem: relato de experiência. *Enferm Foco*. 2012;3(3):131-4.

9. Matin SA. Understanding effective mentoring in nursing education: the relational-reliant concept. *JOJ Nurse Health Care*. 2017;2(5):555-596.
10. Tuomikoski AM, Ruotsalainen H, Mikkonen K, Miettunen J, Juvonen S, Sivonen P, et al. How mentoring education affects nurse mentors' competence in mentoring students during clinical practice – A quasi-experimental study. *Scand J Caring Sci*. 2020;34(1):230-8.
11. Nicklin P. A practice-centred model of clinical supervision. *Nurs Times*. 1997;93(46):52-4.
12. Rafati F, Nouhi E, Sabzehvari S, Dehghan-Nayyeri N. Iranian nursing students' experience of stressors in their first clinical experience. *J Prof Nurs*. 2017;33(3):250-7.
13. Sun FK, Long A, Tseng YS, Huang HM, You JH, Chiang CY. Undergraduate student nurses' lived experiences of anxiety during their first clinical practicum: a phenomenological study. *Nurse Educ Today*. 2016;37:21-6.
14. Baksi A, Gumus F, Zengin L. Effectiveness of the preparatory clinical education on nursing students anxiety: a randomized controlled trial. *Int J Caring Sci*. 2017;10(2):1003-12.

EFEITOS DO USO DO CRACK E COCAÍNA DURANTE A GESTAÇÃO PARA O RECÉM-NASCIDO

Gabriela Maciel dos Reis¹

Fabiana Ramos de Menezes²

Danúbia Mariane Barbosa Jardim³

<https://orcid.org/0000-0002-4580-8228>

<https://orcid.org/0000-0002-6077-5663>

<https://orcid.org/0000-0002-9671-5152>

Objetivo: Buscar as evidências científicas sobre os efeitos do uso de cocaína e crack durante a gestação para o recém-nascido. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada pelas bases de dados *Medical Literature on Line* - MEDLINE (via PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS (via Biblioteca Virtual em Saúde) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para estratégia de busca utilizou-se os seguintes descritores (DeCS) em inglês e português: *pregnancy, crack, cocaine, Pregnancy Complications, Fetus, Street Drugs, Infant, Newborn*. Foram incluídos artigos originais, disponíveis na íntegra, publicados entre os anos de 2014 a 2019. **Resultados:** Obteve-se um total de 9 artigos incluídos neste estudo. Os principais efeitos do uso do crack ou cocaína durante a gestação para o recém-nascido foram baixo APGAR, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, baixo peso ao nascer, alterações nos reflexos primitivos, malformação congênita e microcefalia. **Conclusão:** Foram encontrados nove artigos que compuseram a amostra final deste estudo. Esse número reafirma a necessidade de realizar estudos originais sobre os efeitos biológicos do uso do crack ou da cocaína na gestação para o recém-nascido.

Descritores: Gravidez; Relações materno-fetais; Cocaína crack.

EFFECTS OF THE USE OF CRACK AND COCAINE DURING PREGNANCY FOR THE NEWBORN

Objective: Find out the evidences about the effect of the use of cocaine and crack during the pregnancy for the newborn. **Methods:** It is a integrative literature review, based on the Medical Literature on Line - MEDLINE (by PubMed), Latina American literature and Caribbean in Health Science- LILACS (at Virtual Library in Health) and the Nursing dates (BDENF). For search strategy, the following descriptors (DeCS) in English and Portuguese were used: *Pregnancy, Complications, Fetus, Street, Drugs, Infant, Newborn*. Original articles available in full, published between 2014 and 2019 were included. **Results:** A total of 9 articles were included in this study. The main effects of crack or cocaine use during the pregnancy for the newborn were low APGAR, delayed neuropsychomotor, low birth weight, changes in primitive reflexes, congenital malformation and microcephaly. **Conclusions:** Nine articles were found that comprised the final sample of this study. This number reaffirm the need to carry out original studies on the biological effects of crack and cocaine use during pregnancy for the newborn.

Descriptors: Pregnancy; Maternal-fetal relations; Crack cocaine.

EFFECTOS DEL USO DE LA CRACK Y COCAÍNA DURANTE EL EMBARAZO PARA RECIÉN NACIDO

Objetivo: Buscar evidencia científica sobre los efectos del uso de cocaína y crack durante el embarazo para el recién nacido. **Métodos:** Esta es una revisión de literatura integradora, realizada por Medical Literature on Line - MEDLINE (a través de PubMed), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud - LILACS (a través de la Biblioteca Virtual de Salud) y la base de datos de enfermería (BDENF). Para la estrategia de búsqueda, se utilizaron los siguientes descriptores (DeCS) en inglés y portugués: *embarazo, crack, cocaína, complicaciones del embarazo, feto, drogas callejeras, lactantes, recién nacidos*. Se incluyeron artículos originales, disponibles en su totalidad, publicados entre 2014 y 2019. **Resultados:** Se obtuvieron un total de 9 artículos incluídos en este estudio. Los principales efectos del uso de crack o cocaína durante el embarazo para el recién nacido fueron bajo APGAR, retraso en el desarrollo neuropsicomotor, bajo peso al nacer, cambios en los reflejos primitivos, malformación congénita y microcefalia. **Conclusión:** Se encontraron nueve artículos que constituían la muestra final de este estudio. Este número reafirma la necesidad de llevar a cabo estudios originales sobre los efectos biológicos del uso de crack o cocaína durante el embarazo para el recién nacido.

Descriptores: Embarazo; Relaciones materno-fetales; Cocaína crack.

¹Universidade Federal de São João Del-Rei, São João Del-Rei, SP, Brasil.

²Hospital Nossa Senhora das Graças, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor Correspondente: Gabriela Maciel dos Reis | Email: gmacielreis@gmail.com

Conflitos de interesse: extraído do Trabalho de Conclusão de Residência em Enfermagem Obstétrica do Hospital Sofia Feldman em parceria com a Faculdade da Saúde e Ecologia Humana.

Recebido: 02/5/2020 - Aceito: 26/1/2021

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas lícitas e ilícitas é recorrente na sociedade atual, e a ingestão dessas substâncias vem sendo avaliada como um problema de caráter social, sobretudo aos danos que acarretam à saúde. Define-se como droga qualquer substância natural ou sintética que introduzida no organismo humano, pode modificar suas funções, sendo que, as drogas lícitas são substâncias comercializadas livremente, de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de limitação de sua comercialização, como por exemplo, bebidas alcóolicas e tabaco, e as ilícitas são aquelas cuja produção, comercialização e consumo são considerados crime, sendo proibidos por leis específicas, dentre elas estão a cocaína e o crack¹.

O consumo de drogas entre as mulheres também apresenta uma tendência de aumento no Brasil e no mundo, o envolvimento desse público com drogas pode ser caracterizado pela produção, comércio ou pela própria convivência da mulher com pessoas em meio a essa problemática^{2,3}. Essa condição é socialmente invisibilizada por questões de gênero, além da prática ser considerada incompatível com as funções sociais e culturalmente estabelecidas para a população feminina, sobretudo, no que concerne ao exercício da maternidade^{2,3}.

A cocaína e o crack são classificadas como drogas psicoestimulantes, tendo como principal efeito biológico a aceleração da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC). A cocaína é a segunda substância ilícita mais consumida no Brasil, cerca de 5 milhões (3,1%) dos brasileiros de 12 a 65 anos já fizeram uso ao menos uma vez na vida e 1,4 milhões (0,9%) relataram ter feito uso de crack⁴.

O uso de alguma substância ilícita é mais frequentemente reportado pelos homens do que pelas mulheres, no entanto, há uma tendência crescente na homogeneidade dos padrões de consumo entre os sexos⁵. Em relação ao uso dessas drogas em gestantes os dados epidemiológicos nacionais ainda são escassos, no entanto, estudos regionais mostraram que 0,51% de gestantes faziam o uso de crack⁶ e 0,21% de cocaína⁷.

O uso de drogas caracteriza um sério problema de saúde pública, principalmente quando as usuárias são gestantes. O uso da cocaína e crack está associado a fatores físicos, psicológicos, sociais e legal, além de resultar em graves perdas nos vínculos familiares, espaços relacionais, estudos e no trabalho⁸.

Na gravidez o uso de tais substâncias traz grandes riscos para a saúde da mulher e do neonato, tais como hipertensão, arritmias, taquicardia, falência miocárdica, hipertemia, diminuição do fluxo sanguíneo uterino, ocasiona descolamento prematuro de placenta, abortos espontâneos, precocidade no parto, diminuição no crescimento do feto, ocasiona malformações fetal e complicações

neuro-comportamentais no recém-nascido (RN), além de aumentar a mortalidade materna e neonatal^{9,10}. As mulheres usuárias também possuem risco acrescido de problemas médicos, como a má nutrição, anemia, infecções do trato urinário e doenças sexualmente transmissíveis⁹.

A gravidez em usuárias de cocaína e crack é considerada de alto risco, portanto, deve seguir diretrizes de "Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco", com uma abordagem multissetorial e interdisciplinar, dentre as quais estão inseridas a Saúde e a Assistência Social, devendo englobar a atenção durante o pré-natal, nascimento, ao RN e no pós-parto¹¹. Deve-se ainda, considerar a importância do contexto sociocultural que a gestante está inserida, para a análise e intervenção aos riscos e vulnerabilidades sociais, juntamente com os devidos encaminhamentos necessários¹².

Diante esse contexto, o artigo tem como objetivo discutir a luz das evidências científicas os principais efeitos do uso de cocaína e crack durante a gestação para o recém-nascido.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja finalidade consiste em reunir e sintetizar as evidências disponíveis em estudos originais produzidos sobre o tema¹³. Foi seguido as etapas: i) elaboração da pergunta norteadora da pesquisa; ii) busca na literatura, iii) seleção dos estudos; iv) análise crítica dos estudos incluídos; v) discussão dos resultados; vi) apresentação da revisão integrativa¹³.

Para orientar a formulação da questão norteadora da pesquisa adotou-se os elementos PCC (População, Conceito e Contexto)¹⁴. Assim, definiu-se como pergunta de pesquisa: Quais os efeitos do uso de cocaína e crack durante a gestação para o recém-nascido?

A busca da produção científica foi realizada pelas bases de dados *Medical Literature on Line* - MEDLINE (via PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS (via Biblioteca Virtual em Saúde) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A pesquisa foi realizada nos meses de fevereiro a abril de 2019.

Para estratégia de busca utilizou-se os seguintes descritores (DeCS) em inglês e português: *pregnancy, crack, cocaine, Pregnancy Complications, Fetus, Street Drugs, Infant, Newborn*.

Como critério de inclusão foi definido: artigos originais, disponíveis na íntegra, publicados entre os anos de 2014 a 2019, no sentido de recuperar artigos atuais que abordassem sobre a temática proposta. Os critérios de exclusão foram: estudos publicados em idioma diferente do inglês ou português, texto completo não disponível nas bases de dados e trabalhos acadêmicos como monografias, dissertações e teses.

Os artigos foram selecionados primeiramente com base nos títulos e em seus resumos. Posteriormente, foram lidos na íntegra os artigos pré-selecionados, identificando com mais precisão a sua relevância para a pesquisa e se os critérios de inclusão e exclusão estavam contemplados. A figura 1 apresenta o fluxograma para a seleção dos artigos inclusos na pesquisa.

Foram identificados na estratégia de busca 41 artigos, destes 6 eram duplicados e 26 excluídos, pelos motivos: artigos de revisão (5) e artigos que não abordaram sobre a temática do estudo (21). Ao final obteve-se um total de 9 artigos incluídos no artigo.

As informações dos artigos selecionados foram extraídas para as tabelas do Microsoft® Excel, as quais continham as características dos estudos (autores, ano de publicação,

objetivos e métodos), principais resultados encontrados e nível de evidência.

As publicações também foram analisadas com base na classificação proposta pela *Evidence-based practice* (Prática baseada em evidência), que descreve sete níveis de evidências: Nível 1: evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados, ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2: evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

RESULTADOS

Os principais resultados apontam que os estudos selecionados foram publicados em 2014 (2/9), 2015 (1/9), 2016 (2/9), 2017 (3/9) e 2018 (1/9) e foram realizados em Campinas, (1/9), Porto Alegre (3/9), município do extremo Sul do Estado do Rio Grande do Sul (1/9), Sul do Brasil (1/9), São Paulo (1/9), Vitória (1/9) e Sari no Iran (1/9). O quadro 1 apresenta a síntese das principais características dos estudos selecionados.

No Quadro 2 selecionamos as principais informações extraídas dos artigos inclusos sendo assim dispostas objetivo, considerações metodológicas e participantes inclusos.

O Quadro 3 apresenta os estudos analisados os principais efeitos do uso de crack e cocaína para o feto.

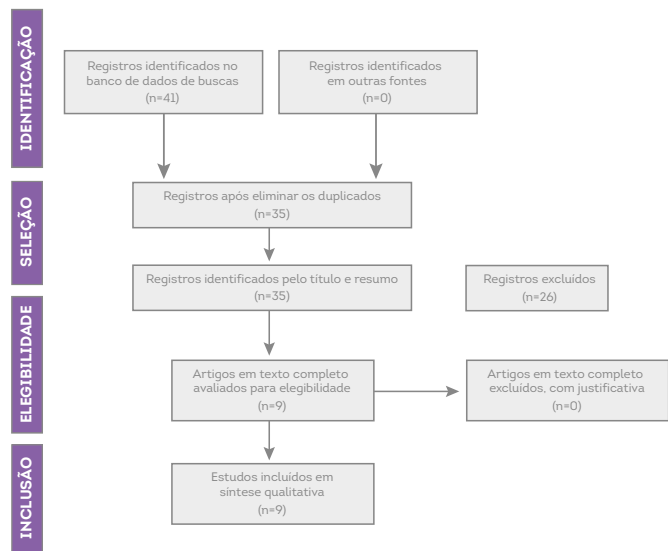


Figura 1. Diagrama de fluxo do processo de seleção dos artigos

Quadro 1. Síntese das principais características dos estudos inclusos no artigo, segundo título, periódico, País, idioma e instituição

Título do artigo	Autor / Ano	Periódico	País de realização	Idioma	Instituição sede do estudo
Drug Use during Pregnancy and its Consequences: A Nested Case Control Study on Severe Maternal Morbidity	Pereira et al. (2018) ¹⁵	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria	Brasil	Inglês	Serviço de Saúde
Socio-demographic and clinical characteristics of pregnant and puerperal crackcocaine using women: preliminary data	Zavaschi et al. (2014) ¹⁶	Archives of Clinical Psychiatry	Brasil	Inglês	Serviço de Saúde
Acompanhamento das medidas antropométricas de crianças filhas de mulheres que utilizaram drogas na gestação.	Oliveira et al. (2018) ¹⁷	Revista de Enfermagem da UFPI	Brasil	Português	Serviço de Saúde

Continua...

Continuação.

Titulo do artigo	Autor / Ano	Periódico	País de realização	Idioma	Instituição sede do estudo
TBARS and BDNF levels in newborns exposed to crack/ cocaine during pregnancy: a comparative study.	Mardini et al. (2017) ¹⁸	Revista Brasileira de Psiquiatria	Brasil	Inglês	Serviço de Saúde e Universidade
Use of crack in pregnancy: repercussions for the newborn	Modernel Xavier et al. (2017) ¹⁹	Invest. Educ. Enferm.	Brasil	Português	Serviço de Saúde e Universidade
Repercussões neonatais decorrentes da exposição ao crack durante a gestação	Reis e Loureiro (2015) ⁸	Rev. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas	Brasil	Inglês	Serviço de Saúde
Perinatal Outcomes in Pregnant Women Users of Illegal Drugs.	Oliveira et al. (2016) ²	Rev Bras Ginecol Obstet	Brasil	Português	Serviço de Saúde
Crack abuse during pregnancy: maternal, fetal and neonatal complication.	Aghamohammadi e Zafari (2016) ²⁰	The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.	Itália	Inglês	Universidade
Comparação dos níveis séricos da Cocaine and Amphetamine Regulated Transcript (CART) entre sangue de cordão umbilical e sangue periférico em gestantes usuárias de crack.	Parcianello et al. (2017) ²¹	Revista Brasileira de Psicoterapia.	Brasil	Português	Universidade

Quadro 2. Síntese dos artigos selecionados, segundo autor, ano de publicação, objetivos, considerações metodológicas e participantes

Autor/Ano	Objetivo	Considerações metodológicas	Nível de evidência	Participantes
Pereira et al. (2018) ¹⁵	Avaliar a relação entre o uso de substâncias psicoativas durante a gravidez e a ocorrência de morbidade materna grave, resultados perinatais e repercussões no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças expostas.	Estudo de caso-controle. As mulheres com morbidade materna grave foram consideradas casos. Os controles foram aqueles com gravidez de baixo risco, sem morbidade materna grave e admitidos durante o mesmo período de tempo dos casos.	4	638 mulheres (323 sem morbidade materna grave e 315 com morbidade materna grave)
Zavaschi et al. (2014) ¹⁶	Apresentar dados sociodemográficos e clínicos do crack-cocaína em mulheres grávidas e seus bebês, em comparação com as não usuárias.	Estudo transversal, com uma amostra de conveniência composta.	6	56 diades de usuários de crack e 89 diades não expostas.
Oliveira et al. (2018) ¹⁷	Observar o acompanhamento das medidas antropométricas registradas na caderneta de saúde, no primeiro ano de vida, de crianças filhas de mulheres que utilizaram drogas na gestação	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência	6	Quatro famílias em que as mães tenham utilizado drogas durante a gestação, sendo seis crianças com idades entre 2 e 17 anos.
Mardini et al. (2017) ¹⁸	Comparar os níveis de um marcador de peroxidação lipídica e fator neurotrófico derivado do cérebro no sangue do cordão umbilical entre recém-nascidos expostos e não expostos a crack / cocaína no útero.	Estudo transversal. Os critérios de inclusão foi o uso de crack e cocaína e idade entre 18 e 45 anos, e os critérios de exclusão foram incapacidade de entender e concluir os questionários de coleta.	6	recém-nascidos expostos (n = 57) e não expostos (n = 99)
Modernel Xavier et al. (2017) ¹⁹	Conhecer os efeitos para o recém-nascido do uso de crack na gravidez.	Estudo qualitativo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas e, posteriormente, submetidos à análise de conteúdo.	6	Quinze mães usuárias de crack e cinco avós.
Reis e Loureiro (2015) ⁸	Identificar as repercussões neonatais decorrentes da exposição ao crack durante a gestação	Estudo descritivo com abordagem quali-quantitativa, realizada por meio de entrevistas.	6	13 profissionais, sendo 7 médicos e 6 enfermeiros.

Continua...

Continuação.

Autor/Ano	Objetivo	Considerações metodológicas	Nível de evidência	Participantes
Oliveira et al. (2016) ²	Avaliar os resultados perinatais em mulheres grávidas que usam drogas ilícitas.	Estudo observacional retrospectivo de pacientes que, no momento do parto. Foram comparados os resultados perinatais de gestantes usuárias e não usuárias de drogas ilícitas.	6	166 mulheres (83 usuárias e 83 não usuárias).
Aghamohammadi e Zafari (2016) ²⁰	Avaliar os efeitos do crack sobre os resultados da gravidez.	Estudo caso controle, realizado de março de 2011 a janeiro de 2014.	4	178 mulheres (88 gestantes usuárias de crack e 90 não usuárias de drogas).
Parcianello et al. (2017) ²¹	Verificar a correlação entre os níveis de CART no sangue de cordão umbilical (SCU) e sangue periférico de gestantes com exposição ao crack.	Estudo transversal, com amostragem consecutiva. Dados gestacionais e perinatais também foram coletados.	6	57 gestantes

Quadro 3. Principais repercussões do uso de crack e cocaína para o feto encontrados nos artigos incluídos

Principais efeitos do uso de crack e cocaína para o feto		
Repercussões	Resultado	Artigo
Apgar	Índice de APGAR menor que 7 no primeiro minuto de vida em gestantes usuárias de cocaína	Pereira et al. (2018) ¹⁵ Reis e Loureiro (2015) ⁸
	Índice de APGAR de crianças expostas ao crack, as quais tiveram o índice de 07 a 09 no primeiro minuto e 09 e 10 no quinto minuto.	Oliveira et al. (2018) ¹⁷
Prematuridade	Nascimento prematuro em crianças expostas ao crack, variando a idade gestacional entre 35 e 36 semanas no estudo de Reis e Loureiro.	Modernel Xavier et al. (2017) ¹⁹ ; Reis e Loureiro (2015) ⁸ ; Oliveira et al. (2016) ² ; Aghamohammadi e Zafari (2016) ²⁰ ; Parcianello et al. (2017) ²¹
Peso	RN expostos ao crack tiveram peso menor que 2,500 gramas ao nascer.	Zavaschi et al. (2014) ¹⁶ ; Oliveira et al. (2018) ¹⁷ ; Oliveira et al. (2016) ² ; Aghamohammadi e Zafari (2016) ²⁰
Outras alterações	Nos RNs expostos ao crack observou-se: alterações nos reflexos primitivos tais como: reflexo de Moro exacerbado, exacerbados/aguçados, hiperativo, irritabilidade, hipotonia, reflexo de sucção débil, letárgicos e tremores. Além, de choro constante, convulsões, desconforto respiratório, taquipneia, apneia e dispneia; distúrbios do sono, sonolência, espasmos musculares, tremores, hipertonia/hiperatividade, hipoglicemia, infecções, intolerância digestiva e irritabilidade, agitação e inquietação.	Reis e Loureiro (2015) ⁸
	Nível médio de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) foram significativamente maiores em recém-nascidos expostos ao crack.	Mardini et al. (2017) ¹⁸
	Mudanças nos níveis de substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS) sugeriram que o feto exposto à cocaína mobiliza rotas antioxidantes endógenas, desde muito cedo no desenvolvimento.	Parcianello et al. (2017) ²¹
Sífilis Congênita	Sífilis congênita em 30,3% dos RN das gestantes usuárias de crack.	Oliveira et al. (2016) ²
Desenvolvimento Infantil	Desenvolvimento infantil nas crianças expostas ao uso da cocaína durante a gestação e foi encontrada associação da exposição a cocaína com o atraso de desenvolvimento neuropsicomotor de acordo com a Escala de Denver.	Pereira et al. (2018) ¹⁵

DISCUSSÃO

O consumo de drogas por gestantes, principalmente do crack, pode repercutir em um maior risco para a saúde materna e fetal. Há de se considerar que alguns dos resultados encontrados nessa revisão tiveram como população de estudo mulheres que se encontram em condições de maior vulnerabilidade social e econômica e algumas delas sequer tem acesso ou continuidade do pré natal. Esse fato aumentará a problemática hoje enfrentada nas maternidades

do SUS, quanto à assistência à gestante/parturiente em situação de rua e que faz uso de álcool ou outras drogas, que não acompanhada no pré-natal, aumentando assim o seu risco de morbimortalidade, além da evasão e do abandono do RN¹⁰.

As principais consequências do uso de drogas durante a gravidez foram abordadas no estudo de Maia et al. (2015)²². Os autores identificaram que no período da gravidez as gestantes continuavam fazendo uso de crack (47;

2,61%), bebida alcoólica (37; 2,05%), maconha (22; 1,22%), cigarro (19; 1,00%) e cocaína (17; 0,94%) e as consequências mais comuns desse uso foram: malformações congênitas, deslocamento prematuro de placenta, abortamento espontâneo, parto prematuro, morte fetal, crescimento intra-uterino retardado, baixo peso ao nascer, irritabilidade, excitação, tremores, convulsões, microcefalia, retardo mental ou transtornos neurológicos no RN. Diante dessa problemática o consumo de crack pode ter apresentado proporções superiores, motivado pelo custo financeiro para ter acesso a droga já que o estudo foi realizado em uma população carente onde o desemprego e a miséria foi claramente observado nessa população.

Os principais efeitos do uso do crack ou cocaína durante a gestação para o RN encontrados nos estudos dessa revisão integrativa foram baixo APGAR, prematuridade, baixo peso ao nascer, Sífilis Congênita, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, alterações nos reflexos primitivos, malformação congênita e microcefalia.

O RN de risco se refere àquele exposto a situações em que há maior risco de evolução desfavorável, que devem ser prontamente reconhecidas pela equipe de saúde, pois demandam atenção especial e prioritária. Essas situações podem estar presentes no nascimento (RN de risco ao nascer) ou acontecer ao longo da vida da criança²³. Existem alguns critérios para identificação do RN de risco tais como: Baixo nível socioeconômico; Mãe adolescente (<20 anos); RN pré-termo (<37 semanas); RN com baixo peso ao nascer (<2.500g); Mãe com baixa instrução (<oito anos de estudo), entre outros. O RN de alto risco merece ainda maior destaque, pois, além da necessidade de cuidados pela equipe da atenção básica de saúde, com muita frequência demanda atendimento especializado por profissionais habilitados. Essas crianças devem ser acompanhadas preferencialmente nos ambulatórios de seguimento do RN de alto risco, além do acompanhamento pela atenção básica, conforme a rede de atenção regionalizada. Sugerem-se os seguintes critérios para identificar o RN de alto risco: RN com asfixia grave ao nascer (Apgar <7 no 5º min); RN pré-termo com peso ao nascer <2.000g; RN <35 semanas de idade gestacional e RN com outras doenças graves²³.

Nesse sentido, RN de mães usuárias de drogas devem ser avaliados e acompanhados criteriosamente, com atenção integral que garanta a continuidade da assistência, otimizando recursos e provendo atenção resolutiva com potencial de redução da mortalidade por causas evitáveis e sequelas que podem comprometer a vida das crianças.

A Escala ou Índice de Apgar consiste na avaliação de 5 sinais no primeiro, no quinto e no décimo minuto após

o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 2. Os sinais avaliados são a frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a cor da pele e a presença de reflexos. São avaliados no primeiro minuto e no quinto minuto a nota de zero a dez. Sendo que o RN com APGAR 7 a 10 é consideração em boas condições, APGAR de 4 a 7 é considerado moderadamente deprimido e com o APGAR de 0 a 3 gravemente deprimido²⁴. Sabe-se que o uso de drogas durante a gestação acarreta em alterações dos sistemas do feto em relação a estrutura e funcionamento que conseqüentemente poderão afetar os resultados do Índice Apgar do RN.

Outro dado importante conhecido sobre o uso de crack durante a gestação está na sua possível relação no desencadeamento abortos espontâneos, prematuridade, diminuição no crescimento do feto e outras alterações perinatais. O baixo peso ao nascer e a prematuridade são os principais fatores de risco para a mortalidade fetal e neonatal. Os RN de usuárias de crack são geralmente prematuros, de baixo peso, com restrição de crescimento intrauterino, têm menos gordura e menor massa corpórea, em média menos 93g de massa, menos 0,7cm de comprimento e perímetro cefálico com menos 0,43cm²⁵. A principal explicação para a ocorrência relaciona-se com a vasoconstrição induzida por drogas também leva à redução do fluxo placentário, com repercussões significativas no crescimento fetal e peso. Por isso, a cocaína contribui para restringir o crescimento do feto².

O baixo peso ao nascer é um problema de saúde pública, pois impacta diretamente na morbidade e mortalidade infantil. Além disso, aumenta os riscos a doenças ao longo da vida. Sabe-se que o Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) pode ser pela associação das várias variáveis com fatores biológico, genéticos, sociais e ambientais²⁶.

O estudo de Reis e Loureiro (2015)⁸ com objetivo de identificar as repercussões neonatais decorrentes da exposição ao crack durante a gestação, verificou que 71,4% dos RN expostos ao crack tiveram nascimento pré-termo e 28,6% foram a termo. Além disso, a maioria dos neonatos eram pequenos para a idade gestacional (71,43%) e apresentaram reflexos anormais e microcefalia. Um estudo de caso sobre um RN de gestante usuária de crack apresentou que seu nascimento foi prematuro (25 semanas), o peso ao nascer de 700 gramas, Apgar 4/8, com ecografia obstétrica apresentando diagnóstico de hérnia diafragmática volumosa. O RN foi a óbito em 48 horas após o nascimento, devido à prematuridade extrema, doença da membrana hialina, insuficiência respiratória e hérnia diafragmática volumosa⁹.

A sífilis congênita foi outra ocorrência relevante mencionada em um estudo. A doença é causada pela disseminação hematogênica por via transplacentária do *Treponema pallidum* da gestante não tratada, ou inadequadamente tratada, para o seu concepto. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença. Provavelmente isto se deve ao fato de que essas pacientes não realizam pré-natais e pelo modo de vida que levam pela prática de relações sexuais desprotegidas, tratando-se de consequência indireta do consumo da droga²⁷.

Com relação às alterações perinatais o uso de crack e cocaína durante a gestação pode desencadear retardo mental ou outros transtornos mentais e comportamentais, além dos sintomas relacionados à intoxicação ou abstinência. Essas drogas possuem a propriedade de atravessam a barreira hematoencefálica atingindo concentrações cerebrais, podendo afetar a formação do cérebro, ocasionar alterações no crescimento cerebral e no desenvolvimento cortical, causando desordens na diferenciação e na migração neuronal. Como efeitos neurocomportamentais pode ocorrer dificuldade na alimentação e no sono, alteração na regulação dos estados de consciência, sinais de estresse, excitabilidade, imaturidade motora, reflexos alterados e sinais de abstinência²⁸.

Em um estudo foi observado maior prevalência no atraso do desenvolvimento motor grosso de lactentes expostos a drogas ilícitas na vida intrauterina quando comparados aos lactentes não expostos, além disso, a aquisição de marcos motores, como rolar e andar, foram adiados e apresentaram padrões anormais de tônus²⁹. Outro estudo realizado com RN a termo, expostos a cocaína e metanfetamina também identificaram lesões como hemorragia intraventricular, necrose e lesões cavitárias nos gânglios basais, lobos frontais e fossa posterior³⁰.

Os reflexos primitivos característicos do RN podem trazer informações importantes sobre seu estado de saúde. São caracterizados por resposta motora involuntária a um estímulo e estão presentes desde antes do nascimento até os seis meses de vida. São mediados por mecanismos neuromusculares subcorticais, que se encontram desenvolvidos desde o período pré-natal. O desaparecimento desses reflexos durante o curso normal de maturação do sistema neuromuscular nos primeiros seis meses de vida é atribuído ao desenvolvimento de mecanismos corticais inibitórios²³. O processo de maturação do SNC está relacionado com o grau de mielinização, arborização e formação de sinapses das células nervosas, que aos poucos vão inibindo as atividades reflexas primitivas, passando por uma

fase de transição e, por último, assumindo o comando voluntário dessas atividades³¹. A maturação do SNC permite, além da inibição da atividade reflexa primitiva presente no RN prematuro, o desenvolvimento das reações de retificação, de proteção e de equilíbrio (atividade reflexa postural), o desenvolvimento intelectual e das funções sensoriais de forma harmônica e integrada³¹. Como mencionado anteriormente, o crack e a cocaína podem atravessar a barreira hematoencefálica do feto e com isso afetar também o processo de maturação do SNC, alterando os seus reflexos primitivos.

Os resultados da revisão de Abraham e Hess (2016)³² mostraram que o uso materno de drogas pode acarretar uma redução da chegada de nutrientes e de oxigênio para a placenta e, conseqüentemente, atingir o feto, ocasionando inúmeros problemas em seu desenvolvimento. Dentre as consequências negativas nos RN destacam-se: alterações no reflexo de sucção, baixo peso ao nascer, tremores, sudorese excessiva, choro estridente e até mesmo convulsões. Os autores ainda salientaram sobre a importância de mais estudos que acompanhem as gestantes usuárias de crack e o desenvolvimento dos seus filhos, podendo fornecer evidências das consequências do uso do crack na gestação em longo prazo.

Qualquer alteração no decorrer do desenvolvimento embrionário pode resultar em anomalias congênicas que podem variar desde pequenas assimetrias até defeitos com maiores comprometimentos estéticos e funcionais. Assim pode-se conceituar malformação congênita como toda a anomalia funcional ou estrutural, presente no momento do nascimento ou que se manifesta em etapas mais avançada da vida³³. Nesse sentido, a cocaína/crack atravessa a barreira placentária sem sofrer metabolização, agindo diretamente na vasculatura fetal, determinando vasoconstrição, além de malformações urogenitais, cardiovasculares e do sistema nervoso central⁹.

Os efeitos da exposição pré-natal a drogas no desenvolvimento do SNC são complexos e modulados pelo ritmo, dose e via de exposição da droga. O SNC, sob influência do crack e de outros derivados da cocaína sofre em sua estrutura e funcionamento. As alterações neurológicas mais comumente observadas na exposição intrauterina são microcefalia, agenesia de corpo caloso, agenesia de septo pelúcido, displasia de septo óptico, esquizencefalia, lisencefalia, paquigiria, heterotipias neuronais e mielomeningocele²⁵.

Assumimos como uma das limitações da pesquisa o fato dos resultados, bem como as pesquisas incluídas, não se debruçaram nas questões sociais que indubitavelmente atravessam o tema. Os resultados encontrados

nessa revisão tiveram como população de estudo mulheres vulnerabilizadas social e economicamente, isso inclui mulheres com a nutrição prejudicada, mulheres que não conseguem acessar ou dar continuidade ao pré-natal, mulheres que têm maior exposição a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), condições que podem interferir diretamente no desfecho neonatal e ser um fator de confundimento.

Conhecer os efeitos do uso do crack e da cocaína para o feto é de extrema relevância para a saúde pública. Com essa síntese é possível, na prática clínica, orientar as mulheres que gestam e usam drogas sobre as possíveis repercussões para o feto e construir com estratégias de redução de danos ou até suspensão do uso. Construir com a paciente formas de tratamento, ao invés de impor é fundamental para a aplicabilidade da ação, ao mesmo tempo, no planejamento da saúde pública é possível direcionar as campanhas de educação em saúde e também conjecturar uma estrutura na rede de serviços para garantir o direito à saúde dos mesmos.

Contribuição dos autores:

As três autoras participaram de todas as etapas da elaboração deste artigo, a saber: a concepção do desenho do estudo, coleta e interpretação de dados, redação, revisão e aprovação da versão final a ser publicada.

CONCLUSÃO

Sobre a temática explorada foram encontrados nove artigos que compuseram a amostra final desta revisão integrativa. Esse número reafirma a necessidade de realizar estudos originais sobre os efeitos biológicos do uso do crack ou da cocaína na gestação para o recém-nascido. Novos estudos se fazem necessário, principalmente no campo que diz respeito a associação as questões socioeconômicas e aos fatores biológicos. Soma-se ainda a escassez de dados epidemiológicos nacionais sobre a temática, o que demonstra uma precariedade dos sistemas de informações e de vigilância e reflete a necessidade de políticas públicas e investimentos para atenção à saúde de usuárias de drogas ilícitas, especialmente para aquelas que são gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Araujo CM, Vieira CX, Mascarenhas CH. Prevalência do consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudantes universitários. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. 2018;14(3):144-50.
2. Oliveira TA, Bersusa AA, Santos TF, Aquino MM, Mariani Neto C. Perinatal outcomes in pregnant women users of illegal drugs. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(4):183-8.
3. Rodrigues AS, Oliveira JF, Suto CS, Coutinho MP, Paiva MS, Souza SS. Care for women involved with drugs: social representations of nurses. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):71-8.
4. Alves BE, Carneiro EO. Drogas psicoestimulantes: uma abordagem toxicológica sobre cocaína e metanfetamina [Internet]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2020 [citado 2020 Abr 8]. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/7mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Drogas%20psicoestimulantes%20%20uma%20abordagem%20toxicol%C3%B3gica%20sobre%20coca%C3%ADna%20e%20metanfetamina.pdf>
5. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira [Internet]. 2017 [citado 2020 Abr 8]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
6. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(5):467-71.
7. Rocha PC, Britto e Alves MT, Chagas DC, Silva AA, Batista RF, Silva RA. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(1):e00192714.
8. Reis FT, Loureiro RJ. O uso do crack durante a gestação e suas repercussões biopsicossociais e espirituais. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. 2015;11(2):105-11.
9. Renner FW, Costa BP, Figueira FP, Ebert JP, Nascimento LS, Ferrari L, et al. Avaliação do uso de drogas por gestantes atendidas em hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Epidemiol Controle Infec*. 2016;6(2):68-73.
10. Neri CA. Os efeitos do crack e cocaína no desenvolvimento embrionário e suas consequências. *Rev Acad Oswaldo Cruz*. 2017;4(16):1-10.
11. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Nota Técnica No. 01/2016/MDS/MSaúde. Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2016.
12. Programa Nacional de Telessaúde. No âmbito da atenção primária, como deve ser a abordagem às gestantes adolescentes e usuárias de drogas? [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 8]. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/no-ambito-da-atencao-primaria-como-deve-ser-a-abordagem-as-gestantes-adolescentes-e-usuarias-de-drogas/>
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102-6.
14. Mendes DI, Ferrito CR, Gonçalves MI. Intervenções de Enfermagem no programa Enhanced Recovery After Surgery®: scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71 Suppl 6:2824-32.
15. Pereira CM, Pacagnella RC, Parpinelli MA, Andreucci CB, Zanardi DM, Souza R, et al. Drug use during pregnancy and its consequences: a nested case control study on severe maternal morbidity. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(9):518-26.

16. Zavaschi ML, Mardini Victor, Cunha GB, Martins-Costa SH, Guarienti F, Pianca TG, et al. Socio-demographic and clinical characteristics of pregnant and puerperal crack-cocaine using women: preliminary data. *Arch Clin Psychiatry*. 2014;41(5):121-3.
17. Oliveira MM, Carmargo PO, Bica SC, Herreira LF, Furtado AE. Acompanhamento das medidas antropométricas de crianças filhas de mulheres que utilizaram drogas na gestação. *Rev Enferm UFPI [Internet]*. 2018 [citado 2020 Abr 8];7(1):10-14. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6645/pdf>
18. Mardini V, Rohde LA, Ceresér KM, Gubert CM, Silva EG, Xavier F, et al. TBARS and BDNF levels in newborns exposed to crack/cocaine during pregnancy: a comparative study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017;39(3):263-6.
19. Modernel Xavier D, Calcagno Gomes G, Portella Ribeiro J, Soares Mota M, Quadros Alvarez S. Use of crack in pregnancy: repercussions for the newborn. *Invest Educ Enferm*. 2017;35(3):X.
20. Aghamohammadi A, Zafari M. Crack abuse during pregnancy: maternal, fetal and neonatal complication. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(5):795-7.
21. Parcianello RR, Mardini V, Ceresér KM, Xavier F, Zavaschi MLS, Rhode LA, et al. Comparação dos níveis séricos da Cocaine and Amphetamine Regulated Transcript (CART) entre sangue de cordão umbilical e sangue periférico em gestantes usuárias de crack. *Rev Bras Psicoter [Internet]*. 2017 [citado 2020 Abr 8];19(1):1-13. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/rbp.celg.org.br/pdf/v19n1a01.pdf>
22. Maia JA, Pereira LA, Alcântara MF. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. *Rev Enferm Contemp [Internet]*. 2015 [citado 2020 Abr 8];4(2):121-8. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/664/540>
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
24. Schlatter EF. Aprendizagem da avaliação da vitalidade do recém-nascido pelo método de APGAR. *Rev Esc Enferm USP*. 1981;15(3):267-73.
25. Alencar JC, Alencar Junior CA, Matos AM. "Crack Babies": uma revisão sistemática dos efeitos em recém-nascidos e em crianças do uso do crack durante a gestação. *Rev Pediatr SOPERJ [Internet]*. 2011 [citado 2020 Abr 8];12(1):16-21. Disponível em: http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=565
26. Santos AM, Thomaz AC, Rocha JE. Crescimento intra-uterino restrito diagnosticado pelo índice ponderal de Rohrer e sua associação com morbidade e mortalidade neonatal precoce. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(6):303-9.
27. Mello EP. Repercussão neonatal do consumo de crack durante a gestação [tese]. São Paulo: Hospital do Servidor Público Municipal; 2011.
28. Gasparin M, Silveira JL, Garcez LW, Levy BS. Comportamento motor oral e global de recém-nascidos de mães usuárias de crack e/ou cocaína. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(4):459-63.
29. Belcher HM, Shapiro BK, Leppert M, Butz AM, Sellers S, Arch E, et al. Sequential neuromotor examination in children with intrauterine cocaine/polydrug exposure. *Dev Med Child Neurol*. 1999;41(4):240-6.
30. Dixon SD, Bejar R. Echoencephalographic findings in neonates associated with maternal cocaine and methamphetamine use: incidence and clinical correlates. *J Pediatr*. 1989;115(5 Pt 1):770-8.
31. Olhweiler L, Silva AR, Rotta NT. Estudo dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2005;63(2a):294-7.
32. Abraham CF, Hess AR. Efeitos do uso do crack sobre o feto e o recém-nascido: um estudo de revisão. *Rev Psicol IMED [Internet]*. 2016 [citado 2020 Abr 8];8(1):38-51. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1045>
33. Santos RS, Dias IM. Refletindo sobre a malformação congênita. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(5):592-6.

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL SOBRE PACIENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Marcio Roberto Paes¹

Rafaela Mildemberg²

Edineia Miranda Machado³

Jaqueline Vieira Schultz¹

Miriam Aparecida Nimtz¹

<http://orcid.org/0000-0003-0305-1500>

<http://orcid.org/0000-0001-5640-9532>

<http://orcid.org/0000-0002-5767-196X>

<http://orcid.org/0000-0002-7781-0066>

<http://orcid.org/0000-0001-7491-5789>

Objetivo: Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os pacientes com comportamento suicida e verificar o cuidado prestado pela equipe a esses pacientes. **Métodos:** Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa com participação de 10 enfermeiras, 17 técnicos de enfermagem e 03 auxiliares de enfermagem de um hospital geral de Curitiba, Paraná, em 2019. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e submetidos à Análise de Conteúdo. **Resultados:** Os participantes não se sentem aptos para avaliação e para o cuidado dos pacientes com comportamento suicida. Os profissionais referiram experimentar sentimentos de medo, tensão, nervosismo, impotência e culpa diante da pessoa com potencialidade suicida. Verificou-se a dificuldade de implementarem estratégias de intervenção diante do comportamento suicida, em que os cuidados se restringem à vigilância constante do paciente. Evidenciou-se a necessidade da qualificação dos profissionais de enfermagem do hospital geral para o cuidado dos pacientes com comportamento suicida por meio da educação continuada. **Conclusão:** Há dificuldades dos profissionais de enfermagem de hospital geral em desenvolver cuidados nas dimensões psicossociais dos pacientes com comportamento suicida.

Descritores: Enfermagem; Profissionais de Enfermagem; Tentativa de Suicídio; Saúde Mental; Hospitais Gerais.

PERCEPTIONS OF NURSING PROFESSIONALS AT A GENERAL HOSPITAL ABOUT PATIENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR

Objective: To know the perception of nursing professionals about patients with suicidal behavior and to verify the care provided by the team to these patients.

Methods: Exploratory research with a qualitative approach with the participation of ten nurses, seventeen nursing technicians and three nursing assistants from a general hospital in Curitiba, Paraná, Brazil, in 2019. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to Content Analysis.

Results: The participants do not feel able to evaluate and treat patients with suicidal behavior. The professionals reported experiencing feelings of fear, tension, nervousness, powerlessness, and guilt in the face of the person with suicidal potential. There was a difficulty in implementing intervention strategies in the face of suicidal behavior, where care is restricted to constant constants of the patient. The need to qualify nursing professionals at the general hospital for the treatment of patients with suicidal behavior through continuing education was evident. **Conclusion:** There are difficulties for nursing professionals in a general hospital to develop care in the psychosocial dimensions of patients with suicidal behavior.

Descriptors: Nursing; Nurse Practitioners; Suicide, Attempted; Mental Health; Hospitals, General.

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL GENERAL SOBRE PACIENTES CON COMPORTAMIENTO SUICIDA

Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre los pacientes con comportamiento suicida y verificar los cuidados que el equipo desarrolla a estos pacientes. **Métodos:** Investigación exploratoria con un enfoque cualitativo con la participación de 10 enfermeras, 17 técnicos de enfermería y 03 auxiliares de enfermería de un hospital general en Curitiba, Paraná, Brasil, en 2019. Los datos fueron colectados a través de entrevistas semiestructuradas y fueron analizados por Analisis de Contenido. **Resultados:** Los participantes no se sienten capaces de evaluar y tratar a pacientes con comportamiento suicida. Los profesionales informaron haber experimentado sentimientos de miedo, tensión, nerviosismo, impotencia y culpa delante la persona con potencial suicida. Hubo una dificultad en la implementación de estrategias de intervención ante el comportamiento suicida, donde la atención se limita a vigilancia constantes del paciente. La necesidad de calificar a profesionales de enfermería en el hospital general para el tratamiento de pacientes con conducta suicida a través de la educación continua era evidente. **Conclusión:** Existen dificultades para que los profesionales de enfermeira en un hospital general desarrollen la atención en las dimensiones psicossociales de pacientes con conducta suicida.

Descritores: Enfermería; Enfermeras Practicantes; Intento de Suicidio; Salud Mental; Hospitales Generales.

¹Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, PR, Brasil.

³Hospital Pilar, Curitiba, PR, Brasil.

Autor correspondente: Marcio Roberto Paes | E-mail: marropa@ufpr.br

Recebido: 17/05/2020 Aceito: 26/01/2021

INTRODUÇÃO

O suicídio se constitui um grave problema de saúde pública mundial. Trata-se de um comportamento de causa multifatorial, em que o ato suicida é a consequência final de um processo. É um conjunto de fatores interligados e que abrange aspectos que se expressam na vida das pessoas, como os componentes psicológicos, biológicos, culturais, socioambientais, econômicos e genéticos¹.

O comportamento suicida não envolve somente o ato deliberado de morte autoinflingida, mas também a tentativa de suicídio (comportamento autoagressivo sem evolução fatal), planos e ideias suicidas (representação mental sobre como acabar com a própria vida), que são atos passíveis de intervenção profissional a fim de evitar a consumação do ato².

Mesmo sendo subnotificado, o suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte no mundo e entre as três primeiras quando considerada a faixa etária de 15 a 44 anos. Nas últimas quatro décadas, o número de casos de suicídio aumentaram em 60%, e as estimativas é que as tentativas sejam 20 vezes mais frequentes em relação aos atos consumados^{3,4}.

No Brasil, há dois ambientes com maior frequência de suicídios, em primeiro lugar a própria casa do indivíduo (51%) seguido dos hospitais (26%). A incidência de suicídios em hospitais gerais é alta com estimativa de ser até cinco vezes maior que na população geral. São vários os fatores que podem contribuir para essa previsão: a estrutura ambiental com janelas sem proteção em andares elevados, acesso indevido a medicações e a objetos perfurocortantes, banheiros com trancas, falta de preparo ou atenção da equipe de saúde; causas situacionais de aumento da ansiedade e depressão, como, longo período de internação, discussão sobre o prognóstico, espera pelo resultado de exames, além das situações de risco relacionadas à própria clínica do indivíduo⁵.

Estudos têm descrito que o sofrimento humano que envolve o comportamento suicida por pacientes em hospitais, por vezes, não é percebido, avaliado e/ou foco das intervenções dos profissionais de saúde^{2,4,6,7}. Quando há divisão entre a saúde mental e a física, comumente surge a tendência dos profissionais priorizarem as necessidades físicas, deixando as questões psíquicas e emocionais de lado ou em segundo plano, o que inviabiliza contemplar a multidimensionalidade da pessoa, assim como a integralidade do cuidado⁸.

Diante disso, verifica-se que os profissionais de enfermagem podem exercer um papel imprescindível na efetivação de estratégias de proteção e prevenção do comportamento suicida, uma vez que têm a seu favor a característica de serem aqueles que permanecem maior tempo à beira do leito,

o que lhes proporcionam maiores condições de observação do paciente, mas, para tanto, devem estar qualificados para identificar características subjetivas do paciente com potencialidade suicida: desesperança, desespero e desamparo, bem como pensamentos e atitudes que evidenciam. O impacto sobre o cuidado desejado e positivo sobre o comportamento suicida deve levar em consideração a utilização correta de estratégias de prevenção, envolvendo atitudes de apoio e não julgadoras, que fortaleçam o esforço integrado de todos os profissionais, inclusive os de enfermagem^{3,6,9}.

Diante do exposto, estabeleceram-se os seguintes objetivos neste estudo: conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os pacientes com comportamento suicida e verificar o cuidado prestado pela equipe a esses pacientes.

MÉTODOS

Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa.

Participaram 30 profissionais de enfermagem (10 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem e 03 auxiliares de enfermagem) de unidades de internação de um hospital geral. O número de participantes foi estabelecido levando em consideração os próprios dados obtidos. Mediadas por leituras flutuantes das entrevistas realizadas, incluíram-se participantes até que os dados satisfizessem os objetivos propostos por saturação.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; atuar nos cuidados diretos aos pacientes e não estar em período de férias ou afastado do trabalho. Os critérios de exclusão foram: deixar de responder as questões do instrumento ou respondê-las de maneira incompleta. Não houve exclusão de participantes.

A pesquisa foi realizada nas seguintes unidades de internação: Infectologia, Cirurgia Geral, Neurologia, Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca, Maternidade, Clínica Médica, Transplante de Medula Óssea, Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica, Centro de Terapia Semi-intensiva e Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital geral de grande porte de Curitiba/PR, de novembro de 2018 a maio de 2019.

O recrutamento foi realizado por abordagem direta aos profissionais por meio de convite verbal durante suas jornadas de trabalho. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, audiogravadas, constituída de duas partes: caracterização dos participantes (tempo de atuação na enfermagem, sexo e idade) e a segunda etapa pelas questões abertas: qual sua percepção sobre os pacientes com comportamento suicida neste hospital? Quais os cuidados que você desenvolve a estes pacientes?

Os dados coletados foram analisados e explorados por meio da Análise de Conteúdo¹⁰ do tipo temático-categorial. Na fase de pré-análise houve a transcrição das entrevistas gravadas e a realização de leituras flutuantes. Na exploração do material, os dados brutos foram compilados a partir dos recortes dos temas de interesse e relevância para o estudo. Na etapa de Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, os dados mais relevantes foram articulados com a teoria, em que os pesquisadores propuseram inferências para a interpretação final e construção das categorias.

Houve autorização formal da instituição e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob o parecer nº 2.297.442 conforme a Resolução No. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Para garantir o sigilo e o anonimato, os participantes foram codificados pela letra E (enfermeiros) T (técnicos de enfermagem) e letra A (auxiliares de enfermagem), seguidos de números arábicos por ordem numérica crescente, não tendo relação com a ordem das entrevistas.

RESULTADOS

Participaram do estudo 30 profissionais de enfermagem (10 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem e 03 auxiliares de enfermagem), sendo 80% (n=24) mulheres. A idade média dos participantes foi de 40,03 anos (desvio-padrão 10,03); com tempo médio de atuação na profissão de 12,7 anos (desvio-padrão 8,2), variando entre 02 e 35 anos.

Da análise dos dados emergiram três categorias temáticas, a saber: A pessoa com comportamento suicida pelo olhar dos profissionais de enfermagem; Competência para o cuidado a pessoa com comportamento suicida e Educação continuada com foco no comportamento suicida.

A pessoa com comportamento suicida pelo olhar dos profissionais de enfermagem

Os participantes fizeram descrição do comportamento apresentado pelos pacientes com potencialidade suicida. Destacaram a variação de humor, quadros depressivos, ansiedade, agitação, embotamento afetivo e isolamento. Afirmaram que sentem medo de avaliar a potencialidade do comportamento suicida, devido à possibilidade de desencadear agressividade e violência contra si e para outros, o que se torna uma justificativa da não intervenção. Houve referência à comorbidades com uso de substâncias psicoativas.

Ele é um pouco desanimado, cabisbaixo, não tem muita perspectiva de vida. (T.3)

Os pacientes normalmente decaem, você acaba vendo que eles diminuem interesse, perde a vontade de fazer as coisas, não querem mais falar com ninguém. (T.10)

Quando você fazia algumas perguntas mais pessoais, ele desviava o olhar, ficava mais agitado, balançava a perna, mexia as mãos. Você percebe a ansiedade, a paciente teve uma crise, arrancou todos os acessos, mas antes disso, ela já vinha com uma sudorese, uma ansiedade, ficava se mexendo na cama e querendo falar, falar, falar. (T.17)

Eu não fico perguntando muitas coisas para a paciente da vida pessoal, eu tenho medo que ela desencadeie algum surto, então eu tento distrair com outras coisas. (T.13)

A gente acaba tendo receio sempre, porque o paciente tem o pensamento suicida, na maioria das vezes, ele age e quer agir contra ele, mas nada impede que ele também se rebele e queira fazer algo contra nós. (T.5)

Quando tem paciente nessa condição, a gente procura tirar de dentro do quarto álcool, que muitos pacientes com esse comportamento, ingerem substâncias. (E.7)

Competência para o cuidado a pessoa com comportamento suicida

Por meio dos relatos foi possível verificar que o conhecimento necessário para o cuidado tem sido deficitário. A identificação das principais características apresentadas pelo potencial suicida não é facilmente reconhecida pela equipe de enfermagem. Geralmente, as informações vêm da avaliação de outros profissionais ou da leitura do prontuário.

Mas pode ter acontecido que o paciente tenha mostrado os sinais sutis e a equipe nunca percebeu. Assim, geralmente, foram declarações da pessoa nos casos que tiveram. (E.1)

No nosso caso específico nós não identificamos, isso vem anotado no prontuário. (A.2)

Não foi que a gente notou isso. Lembro que alguém comentou com a gente. (E.2)

Os participantes demonstraram preocupação diante do cuidado relacionado com o dimensionamento de pessoal e estrutura física do serviço de saúde.

Acho que o maior período de risco é a noite, quando a equipe reduz o número, que reduz também o olhar

direto e porque a luz fica mais apagada. Então, acho que a estrutura da unidade não é propícia para isso. (E.5)

Na verdade, eu fico preocupada porque, afinal de contas, a gente acaba respondendo pela questão de segurança do paciente. Então se aquele paciente tem o risco aumentado, a gente não fica à vontade, na verdade a gente fica meio tenso, preocupado, porque sabe que tem que redobrar a questão da observação, da segurança dele. (E.9)

A falta de qualificação e de mecanismo de enfrentamento emocional dos profissionais de enfermagem para o cuidado da pessoa com comportamento suicida no hospital geral ficaram evidentes nas falas dos participantes.

A gente não está preparado de fato para a situação, então a gente também fica nervoso. (T.14)

Eu acho que tem gente que não tem preparo psicológico para cuidar. Eles chegam a pedir para rodar escala porque não aguentam ficar ali cuidando desses pacientes. (T.8)

Eu pessoalmente, acho difícil, porque na minha família tem histórico de suicida, então já é uma situação que é mais difícil de trabalhar. (E.5)

De acordo com os relatos dos entrevistados, foi possível constatar que os cuidados desenvolvidos aos pacientes com comportamento suicida estão baseados na vigilância constante, retirada de objetos do quarto, acompanhamento familiar, medicação, restrição física e acionamento da equipe multiprofissional. Apesar de citarem o desenvolvimento de um plano de cuidados por meio do processo de enfermagem a partir do diagnóstico "Risco de Suicídio", não houve referência dos participantes sobre cuidados específicos nos aspectos psicossociais.

Quando tem paciente nessa condição, a gente já procura travar as janelas, para não ter risco de pular. A gente procura tirar de dentro do quarto instrumentos que possam ocasionar um acidente, tipo perfuro-cortantes, lâminas de bisturi, tesouras. Então a gente procura deixar um ambiente mais livre. (E.7)

Eles são acompanhados pelo serviço social, pela psicologia, pela psiquiatria, e o cuidado da gente é aquele cuidado normal. (E.6)

Na maioria dos casos a gente isola o paciente, coloca proteção na janela e deixa o familiar junto. (T.1)

Acredito que a princípio tenha que contê-lo e depois fazer a medicação para acalmar. (T.15)

A gente tenta manter esses pacientes nos quartos aonde concentra mais a equipe de enfermagem. É colocado o diagnóstico de risco de suicídio e não deixar esse paciente permanecer sozinho por muito tempo. (E.5)

Esse plano de cuidados com o paciente é feito pela enfermeira, os cuidados da paciente, e a gente vai checando na folha para não esquecer nada. (T.16)

Educação continuada com foco no comportamento suicida

Todos os entrevistados consideraram necessária a implementação de intervenções para qualificação da equipe de enfermagem referentes ao risco de suicídio. Referem que gostariam de participar de palestras, cursos e treinamentos a fim de embasá-los tecnicamente e legalmente sobre o tema, o que lhes daria maior segurança para o cuidado.

Que a equipe saiba um pouco mais, um mínimo de um cuidado, o que fazer em uma questão imediata. Eu acho que seria importante sim, com certeza. (E.4)

Sim, seria interessante. Ter tudo, um POP, treinamento, rotina, tudo bem claro e específico. (E.8)

Quando tem pacientes com essas características, a gente poderia saber o que fazer, como a gente deve agir, até do ponto de vista legal, eu acho que seria interessante. Precisa, por ser uma coisa necessária, apesar dos números serem baixos, eu acho muito necessário, porque pode acontecer a qualquer momento. (E.9)

O único treinamento que eu recebi foi como fazer uma contenção porque tem que ter o cuidado também de não garrotear em nenhum lugar. Agora como intervir com ele, nunca recebi. Seria interessante até para se sentir mais segura. (T.4)

DISCUSSÃO

Os participantes ao descreverem os sinais apresentados pelos pacientes denotam um olhar superficial à real potencialidade do comportamento suicida, pois externaram não realizar a aproximação necessária para melhor avaliação.

Importante destacar que a prevenção do suicídio começa com a monitorização, por meio da avaliação, a fim de definir o problema e compreendê-lo, seguido da identificação dos fatores de risco e de proteção, para desenvolver

a implementação de intervenção. O meio mais adequado para se avaliar a probabilidade de comportamentos suicidas é a entrevista clínica. Por meio dela, é possível demonstrar interesse e compreensão, uma vez que os sinais e sintomas levantados pode auxiliar o profissional de saúde a estabelecer o relacionamento positivo com o paciente. Assim ele pode ter uma avaliação abrangente da pessoa hospitalizada, baseando-se nos fatores de risco e de proteção investigados no atendimento^{4,6,11}.

Apesar dos participantes destacarem alguns sinais psiquiátricos no comportamento dos pacientes, é válido ressaltar que tal condição é um transtorno do comportamento, mas que em 90% dos casos podem ocorrer com pessoas psiquiatricamente doentes. Na depressão, é comum observar a solidão e a autoagressividade, neutralizando seu desejo de viver e tornando ainda maior o risco de suicídio devido ao sentimento de desamparo e desesperança^{4,12}.

Os transtornos depressivos estão relacionados com as tentativas de morte autoinflingida, e se não diagnosticados e tratados adequadamente, podem gerar desdobramentos severos, elevando os riscos de suicídio¹³. A ansiedade, a agitação e a agressividade associadas à dependência química podem agravar o comportamento suicida, uma vez que a impulsividade, especialmente em estágios avançados de abuso de substância, e a depressão secundária fornecem a ideia de falta de alternativas diante da abstinência¹. Estudos têm correlacionado os traços impulsivos e/ou impulso-agressivos e o controle do risco de suicídio, que costumam ser prioridade durante a avaliação destes pacientes com sintomatologia depressiva, principalmente nas fases de desintoxicação¹⁴. Questões socioeconômicas também devem ser consideradas na avaliação dessa clientela¹⁵.

Os profissionais entrevistados demonstraram dificuldades em lidar com as situações que envolvem o comportamento suicida, demonstrando pouco conhecimento acerca da temática, falta de habilidade e compreensão mais abrangente sobre o fenômeno. Estudos têm descrito que o grande desafio dos trabalhadores da enfermagem de hospital geral continua sendo a avaliação insuficiente do comportamento suicida, e normalmente essa análise é mais importante do que a própria compreensão da causa^{7,15-17}.

Alguns sentimentos negativos foram citados pelos profissionais: medo, tensão, nervosismo, impotência e culpa. Essa condição foi, igualmente, encontrada em outros estudos, que descrevem que a impotência, o medo e a frustração são sentimentos comumente externados pelo equipe de enfermagem diante das pessoas com transtornos comportamentais de autodestruição e são atribuídos

à imputação de estigmas ao paciente, os quais contribuem negativamente para a evolução e intervenção terapêutica^{2,7,15-17}. Em um estudo foi verificado que técnicos de enfermagem apresentaram atitudes mais negativas em relação ao comportamento suicida quando comparados aos médicos e enfermeiros¹⁷. Destarte, entende-se que a equipe de enfermagem deve refletir sobre a interferência negativa que tais sentimentos e opiniões têm no ambiente de cuidado e, no risco de diminuir ou evitar a possibilidade de formação de vínculo terapêutico.

É comum que os profissionais de saúde se sintam frustrados e impotentes ao depararem-se com um indivíduo que não quer viver, pois o intuito é salvar vidas. A incompreensão acerca do ato suicida provoca desconforto emocional nos profissionais no ambiente assistencial, uma vez que não estão isentos da carga cultural de preconceito frente à tentativa de suicídio^{7,17}.

Os participantes não se reconheceram capazes de atuar de modo terapêutico, descrevendo atitudes que foram inferidas como as que produzem certo afastamento. Na literatura, é possível verificar que a abordagem ao paciente deve ser de forma clara, cautelosa, calma, empática e privada de atitudes julgadoras^{4,7,17}. Falar ou perguntar sobre o suicídio não faz com que o indivíduo se suicide e, assim, o profissional não deve ter receio em investigar o risco de suicídio. É adequado que o profissional com maior vínculo com o paciente investigue os intentos, uma vez que a boa relação e o processo de comunicação adequados são estratégias terapêuticas e intervencionais assertivas^{4,5,17}.

Os resultados demonstraram a existência de preocupações quanto à adequação da estrutura física do ambiente de cuidado, com o quantitativo e a qualificação da equipe envolvida. Tais elementos são necessários para sistematizar a assistência de enfermagem.

O ambiente físico inadequado e os recursos insuficientes são propulsores de riscos, e diante dessa realidade, compete ao profissional prestador do cuidado estar atento à condição psíquica da pessoa e adotar métodos de promoção de ambiente seguro e prevenção à autolesão. Assim, os serviços de internamento devem ter dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem para realizar observação especial de pacientes com potencial suicida¹⁵.

Atualmente, o dimensionamento de pessoal de enfermagem é sustentado legalmente pela Resolução Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) No. 543/2017, a qual evidencia ser competência do enfermeiro estabelecer parâmetros quantitativo de profissionais, necessário para a prestação

da Assistência de Enfermagem com base em instrumentos gerenciais e técnico-científicos como exemplo, o Sistema de Classificação de Pacientes^{18,19}. O dimensionamento é parte imprescindível da Sistematização da Assistência de Enfermagem regulamentada pela Resolução 358/2009 do Cofen¹⁸⁻²⁰.

O cuidado sistematizado proporciona a equipe de enfermagem ampla visibilidade e acesso para conhecer e atender as necessidades de convívio social, o sofrimento psicológico e as mudanças no estado de saúde dos pacientes. Por esse motivo, a gestão do cuidado de enfermagem precisa despertar para o fenômeno, pensando na possibilidade de que seu paciente idealiza suicídio, e correlacionar suas observações com a possibilidade de comportamento suicida, para poder identificar precocemente e iniciar o manejo²¹.

Uma fala comum entre os participantes do estudo foi a vigilância constante dos pacientes que apresentam comportamento suicida, e a necessidade de sinalizar aos demais integrantes da equipe de saúde o risco de suicídio identificado e, com isso, a restrição aos objetos que ofereçam risco à integridade física.

A presença da família tem papel relevante no cuidado, visto que ela oferece apoio ao indivíduo com comportamento suicida como também fornece informações e esclarecimentos referentes à tentativa de suicídio desse paciente, visando um direcionamento mais claro do cuidado pela equipe assistencial⁷.

O uso de contenção mecânica como meio de cuidado foi citado pelos participantes, entretanto tal medida só deve ser aplicada como último recurso, quando não é possível diminuir as manifestações comportamentais exacerbadas do paciente ou quando é compreendido que esse apresente riscos para si ou para terceiros. O uso desse procedimento deve estar em consonância aos parâmetros técnicos-legais estabelecidos na Resolução No. 427/2012 do Conselho Federal de Enfermagem²². É importante que os serviços de saúde elaborem protocolos assistenciais com a finalidade de regular o uso da restrição física e o monitoramento permanente do paciente contido.

A constante capacitação, qualificação e busca pelo conhecimento durante a formação ou por meio da educação permanente, sobre o risco de suicídio e seus fatores relacionados, possibilitam à equipe de enfermagem realizar a assistência mais eficaz. Sabe-se do desafio do ensino de enfermagem à prática que abrange cuidados no âmbito psicossocial²³. Deste modo, ações que promovam acréscimo no conhecimento acerca do tema, maiores as chances de aprimoramento nas intervenções com vistas à redução de danos e aumento do bem-estar desses indivíduos⁷. A desmistificação e quebras de tabus acerca do suicídio

contribuem para o melhor atendimento dos pacientes em risco de cometê-lo e para aqueles que já o tentaram. O conhecimento diminui os sentimentos negativos e a postura judiciosa dos enfermeiros frente ao paciente, o que melhora a qualidade do atendimento ofertado^{17,23}.

Referem-se aos resultados se circunscreverem a uma única instituição de saúde, limitando o grupo de participantes, não podendo, assim, ser considerado como realidade de outras instituições, tampouco replicá-lo em outros contextos.

O desenvolvimento de competências para o cuidado com maior abrangência das dimensões psíquicas e emocionais podem auxiliar de modo assertivo a tomada de decisões e o manejo do paciente com comportamento suicida em nível hospitalar, isso melhoraria a identificação e inclusão na rede de saúde e seu seguimento pelos profissionais da saúde, no intuito de prevenir novas tentativas de suicídio.

CONCLUSÃO

A avaliação clínica do risco de suicídio deve fazer parte da prática clínica rotineira dos enfermeiros para que os casos com maior potencialidade sejam devidamente identificados, abordados, cuidados e encaminhados. A falta de conhecimento específico dos profissionais e de protocolos institucionais promovem a dificuldade em estabelecer estratégias assertivas.

Evidenciou-se que prevalece entre os profissionais de enfermagem desconforto em lidar com pacientes que apresentam comportamento suicida, além de demonstrarem sentimentos fundamentados no estigma que essa temática carrega ao longo dos tempos.

As ações de educação continuada com foco na melhoria da assistência prestada aos pacientes com comportamento suicida podem trazer aos profissionais de enfermagem reflexões sobre as práticas específicas do cuidado e promover a compreensão das demandas psicossociais que essa clientela apresenta.

Contribuição dos autores:

Marcio Roberto Paes: Concepção e desenho do estudo, revisão crítica durante a formulação do pré-projeto, revisão de literatura, tabulação e análise de dados, redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Rafaela Mildemberg: Concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; Edineia Miranda Machado: Concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; Jaqueline Vieira Schultz: Concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; Miriam Aparecida Nimtz: revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Psiquiatria. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Suicídio: informando para prevenir [Internet]. Brasília (DF): CFM/ABP; 2014 [citado 2020 Abr 18]. Disponível em: https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/2522/suicidio_informado_para_prevenir.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Oliveira CT, Collares LA, Noal MH, Dias AC. Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. *Gerais Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2016 [citado 2020 Abr 30]; 9(1):78-89. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v9n1/v9n1a07.pdf>
3. Marcolan JF. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2020 Maio 9]; 71 Suppl 5:2343-7. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2343.pdf
4. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2020 May 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1
5. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP* [Internet]. 2014 [citado 2020 Abr 29]; 25(3):231-6. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-65642014000300231&script=sci_arttext
6. Brent DA, Oquendo MA, Reynolds CF. Caring for suicidal patients. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(8):862-3.
7. Reisdorfer N, Araujo GM, Hildebrandt LM, Gewehr TR, Nardino J, Leite MT. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 [citado 2020 Maio 10]; 5(2):295-304. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/16790>
8. Ikuta CY, Santos MA, Badagnan HF, Donato EC, Zanetti AC. [Nursing workers' knowledge in psychiatric emergency situations: an integrative review]. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2020 May 12]; 15(4):1034-42. Available from: <https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/20954>. Portuguese.
9. Marçal SR, Gonçalves JR. Estratégias de intervenção do enfermeiro diante do comportamento e tentativa de autoexterminio. *Rev JRG Estud Acad* [Internet]. 2020 [citado 2020 Maio 2]; 3(6):56-68. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/105>
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
11. Pumariega AJ, Good K, Posner K, Millsaps U, Romig B, Stavarski D, et al. Systematic suicide screening in a general hospital setting: process and initial results. *World Soc Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 15]; 2(1):31-42. Available from: <http://www.worldsopsychiatry.org/text.asp?2020/2/1/31/281135>
12. Botti NC, Cantão L, Silva AC, Dias TG, Menezes LC, Castro RA. Characteristics and risk factors for suicidal behavior among men and women with psychiatric disorders. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 10]; 23(2):e54280. Available from: https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/54280/pdf_1
13. Minayo MC, Cavalcante FC. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2020 Abr 30]; 20(6):1751-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601751&lng=pt&tlng=pt
14. Silva ER, Ferreira AC, Borba LO, Kalinke LP, Nimtz MA, Maftum MA. Impacto das drogas na saúde física e mental de dependentes químicos. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2016 [citado 2020 Maio 12]; 15(1):101-8. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27137/17045>
15. Elrefaay SH, Shalaby MH. Suicide among psychiatric patients and nursing role: a literature review. *J Nurs Womens Health* [Internet]. 2019 [cited 2020 May 15]; 3:156. Available from: <https://www.gavinpublishers.com/articles/review-article/Journal-of-Nursing-and-Womens-Health-ISSN-2577-1450/suicide-among-psychiatric-patients-and-nursing-role-a-literature-review#solid-justified-tab6>
16. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2020 Maio 2]; 71 Suppl 5:2199-205. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102199&lng=pt
17. Storino BD, Campos CF, Chicata LC, Campos MA, Matos MS, Nunes RM, et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado 2020 Maio 12]; 26(4):369-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000400369&lng=en
18. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN No. 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. 2017 [citado 2020 Maio 16]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
19. Siqueira LD, Santos MC, Calmon IT, Siqueira Junior PC. Dimensionamento de profissionais de enfermagem da clínica médica de um hospital universitário. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 Maio 5]; 10(4):35-40. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/DimensionamentoProfissionaisEnfermagem.pdf>
20. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN No. 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem [Internet]. 2009 [citado 2020 Abr 14]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
21. Oliveira MR, Almeida PC, Moreira TM, Torres RA. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2020 Maio 15]; 72(6):1547-53. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000601547&script=sci_arttext&tlng=pt
22. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN No. 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes [Internet]. 2012 [citado 2020 Abr 14]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4272012_9146.html
23. Tavares CM, Mesquita LM. Sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 Maio 10]; 10(7):121-6. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2810>

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DO USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Juliana Bordoni Canêz¹

<https://orcid.org/0000-0001-6072-4973>

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz¹

<https://orcid.org/0000-0001-6075-8516>

Tuize Damé Hense¹

<https://orcid.org/0000-0002-6267-8736>

Kaiane Passos Teixeira¹

<https://orcid.org/0000-0001-8156-6054>

Viviane Marten Milbrath¹

<https://orcid.org/0000-0001-5523-3803>

Objetivo: Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem acerca do uso do brinquedo terapêutico na hospitalização infantil. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa realizada com 18 profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade pediátrica de um Hospital Escola do sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, baseadas em um roteiro predefinido que combinam perguntas abertas e fechadas, cuja análise foi temática. **Resultados:** Elaboraram-se duas categorias: Conhecimento sobre o brinquedo terapêutico; Uso de estratégias de distração ou brinquedo terapêutico na assistência à criança. A maioria das participantes mostrou possuir uma compreensão simplificada sobre o brinquedo terapêutico, desconhecendo sua aplicabilidade e funções, associando-o à recreação e atribuindo sua prática aos profissionais da terapia ocupacional, não fazendo uso no seu cotidiano de trabalho. Contudo, utilizam técnicas de distração para proporcionar maior conforto à criança durante a internação. **Conclusão:** Acredita-se que a elaboração de procedimentos operacionais padrão acerca do uso do brinquedo terapêutico na realização do cuidado da criança hospitalizada pode contribuir minimizando os efeitos negativos da hospitalização infantil.

Descritores: Criança hospitalizada; Saúde da criança; Enfermagem pediátrica; Jogos e brinquedos; Cuidados de enfermagem.

KNOWLEDGE OF NURSING PROFESSIONALS ABOUT THE USE OF THERAPEUTIC PLAYS IN CHILDREN'S HOSPITALIZATION

Objective: To know the perception of nursing professionals about the use of therapeutic plays in children's hospitalization. **Methods:** This is a descriptive research with a qualitative approach carried out with 18 nursing professionals who work in a pediatric unit of a teaching hospital in southern Brazil. Data were collected through semi-structured interviews, based on a predefined script that combines open and closed questions, whose analysis was thematic. **Results:** Two categories were elaborated: Knowledge about therapeutic play; Use of distraction strategies or therapeutic play in child care. Most participants showed to have a simplified understanding about the therapeutic play, ignoring its applicability and functions, associating it with recreation and attributing its practice to occupational therapy professionals, not using it in their daily work. However, they use distraction techniques to provide greater comfort to the child during a hospitalization. **Conclusion:** It is believed that the development of standard operating produces regarding the use of therapeutic plays in the care of hospitalized children can contribute to minimizing the negative effects of children's hospitalization.

Descriptors: Child, hospitalized; Child health; Pediatric nursing; Play and playthings; Nursing care.

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA SOBRE EL USO DE JUGUETES TERAPÉUTICOS EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre el uso de juguetes terapéuticos en la hospitalización infantil. **Métodos:** Esta es una investigación descriptiva con un enfoque cualitativo realizada con 18 profesionales de enfermería que trabajan en una unidad pediátrica de un Hospital Docente en el sur de Brasil. Los datos se recopilaron a través de entrevistas semiestruturadas, basadas en un guión predefinido que combina preguntas abiertas y cerradas, cuyo análisis fue temático. **Resultados:** Se elaboraron dos categorías: Conocimiento sobre el juego terapéutico; Uso de estrategias de distracción o juego terapéutico en el cuidado infantil. La mayoría de los participantes demostraron tener comprensión simplificada del juguete terapéutico, ignorando su aplicabilidad y funciones, asociándolo con la recreación y atribuyendo su práctica a profesionales de la terapia ocupacional, no usándolo en su trabajo diario. Sin embargo, utilizan técnicas de distracción para proporcionar mayor comodidad al niño durante la hospitalización. **Conclusión:** Se cree que el desarrollo de procedimientos operativos estándar con respecto al uso de juguetes terapéuticos en el cuidado de niños hospitalizados puede contribuir a minimizar los efectos negativos de la hospitalización infantil.

Descriptor: Niño hospitalizado; Salud del niño; Enfermería pediátrica; Juego e implementos de juego; Atención de enfermería.

¹Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.

Autor Correspondente: Juliana Bordoni Canêz | Email:juh_canez@hotmail.com

Recebido: 20/4/2020 - Aceito: 26/01/2021

INTRODUÇÃO

A hospitalização é uma situação traumatizante para qualquer pessoa, sendo que adultos, crianças e acompanhantes sofrem seus efeitos. Entretanto, esses são mais sentidos pelas crianças, pois se afastam de suas rotinas e de seus familiares, ficando, muitas vezes, privadas de qualquer escolha de tratamento¹.

Nesse contexto, a doença submete a criança a fatores estressantes como a realização de procedimentos invasivos, que podem impactar psicologicamente sob sua vida. Além disso, o tratamento impõem restrições quanto às brincadeiras usuais, ao acesso à escola, ao convívio com os amigos e familiares, o que causa alterações expressivas no comportamento da criança, que podem ser notados durante e após a internação¹. Essas restrições podem ser minimizadas com a presença do responsável mais próximo à criança, bem como por um acolhimento afetivo e integral pela equipe de saúde durante a internação².

Nesse contexto, é necessário abordar técnicas que facilitem a comunicação e o relacionamento entre profissional e paciente, para melhor atender suas necessidades. Dentre essas técnicas destaca-se o brincar³. O brincar favorece o estreitamento de vínculo e facilita o desenvolvimento do papel social e global da criança. Ele auxilia a preparar a criança para o mundo desconhecido que irá enfrentar na hospitalização, favorecendo o compartilhamento de seus medos, dores e receios⁴.

Nesse cenário, insere-se o Brinquedo Terapêutico (BT), que auxilia a criança no entendimento das situações que apresentam ameaça, possibilita a compreensão dos procedimentos a serem realizados e sua finalidade, tornando-a uma participante ativa no cuidado. O BT pode ser de três tipos: Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD), que possibilita que a criança desempenhe papéis sociais, tornando-se ativa, promovendo a expressão de sentimentos e melhorando a compreensão da sua realidade; Brinquedo Terapêutico Capacitador de Funções Fisiológicas, que ajuda a criança a lidar com suas capacidades fisiológicas de acordo com a condição em que se encontra; e Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI) que disponibiliza materiais para o manuseio visando que a criança compreenda os procedimentos pelos quais irá passar³.

O uso do BT transmite maior confiança no profissional de saúde, possibilitando a colaboração da criança em procedimentos mais invasivos como, por exemplo, na punção venosa. Quando se utiliza uma linguagem correspondente à idade do paciente e se estimula a imaginação, a criança passa a ter maior aceitação do procedimento e, conseqüentemente, menor impacto psicológico⁵.

Com base nesse exposto, elaborou-se a questão norteadora: Qual a percepção dos profissionais acerca do uso do brinquedo terapêutico na hospitalização infantil? Portanto, o estudo teve como objetivo de conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem acerca do uso do brinquedo terapêutico na hospitalização infantil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado em uma unidade de internação pediátrica de um hospital escola da região Sul do Brasil, que atende pacientes exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde.

Participaram do estudo 18 profissionais da equipe de enfermagem que trabalham na pediatria do referido hospital nos turnos manhã, tarde e noite. Os critérios de inclusão foram: ser profissional da equipe de enfermagem e atuar na pediatria há pelo menos quatro meses (para ter passado o período de experiência e conhecer as rotinas). Excluiu-se os profissionais de enfermagem de férias, licença ou atestado no período de coleta de dados, além dos profissionais plantonistas e folguistas.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com questões sobre a caracterização dos profissionais (idade, escolaridade, estado civil) e acerca dos seus conhecimentos sobre o BT (o que é, sua percepção sobre e de que forma essa estratégia foi abordada). As entrevistas foram gravadas e transcritas manualmente, tendo tempo médio de 20 minutos. Essas foram agendadas previamente com os participantes e ocorreram em uma sala do serviço, individualmente.

Para análise dos dados seguiu-se seis passos da análise temática⁶: familiarização com os dados - os dados foram transcritos e lidos, anotando ideias iniciais; geração dos códigos iniciais, agrupando-se os dados relevantes; busca por temas, agrupando-se os dados em temas potenciais; revisão dos temas - verificação dos temas quando a sua funcionalidade em relação aos extratos codificados e ao conjunto de dados; definição e nomeação dos temas; produção do relatório.

Foram seguidos os pressupostos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução 564/2017 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Entregou-se aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido demonstrando sua voluntariedade na participação. Para preservar seu anonimato utilizou-se para nomeá-los a letra P (profissional) seguida de um número, de acordo com a ordem das entrevistas.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer número 3.524.098 e CAAE número 17830619.7.0000.5316.

RESULTADOS

Todos os participantes do estudo eram mulheres, seis estavam na faixa dos 30 a 40 anos, nove na faixa dos 40 a 50 anos e três na faixa dos 50 a 60 anos. Três atuavam como enfermeiras e 15 como técnicas de enfermagem. Três eram formadas apenas no curso técnico, seis eram graduadas em enfermagem, duas estavam fazendo pós-graduação, seis mestrado e uma doutorado. Referente ao estado civil, cinco eram solteiras, sete casadas, duas divorciadas, três viviam em união estável e uma era viúva. Quanto ao tempo de trabalho na pediatria uma profissional trabalhava a menos de um ano, 10 trabalhavam entre um e 10 anos, sete trabalhavam entre 10 e 26 anos na área.

Para apresentação dos resultados elaborou-se duas categorias temáticas: Conhecimento sobre o brinquedo terapêutico; Uso de estratégias de distração ou brinquedo terapêutico na assistência à criança.

Conhecimento sobre o brinquedo terapêutico

A maioria das participantes relatou uma compreensão simplificada sobre o BT, desconhecendo sua aplicabilidade e suas funções.

[...] eu não tenho muito conhecimento, quem faz mais essa parte é a terapia ocupacional. (P7)

Eu não sei como funciona, toda hora está mudando também a maneira de como eles lidam com isso. (P15)

Na verdade eu nunca li nada a respeito, direcionado ao brinquedo terapêutico [...]. (P17)

A falta de conhecimento sobre o BT faz com que muitos profissionais o associem à recreação.

O que eu sei é o da recreação, é o acompanhamento do recreacionista [...]. (P12)

O que eu sei é que tem um horário predestinado que as crianças vão para a salinha e tem umas pessoas que ficam lá que brincam com elas. (P16)

Eu acredito que sejam os brinquedos que ajudam no tratamento né, para brincarem, para distraírem. (P9)

Por outro lado, P11 explicitou em sua fala a compreensão aprofundada acerca do BT:

É quando a gente utiliza a forma de brincar [...] o lúdico para tratar a criança, seja para orientações, por exemplo, de higiene, conduta, procedimentos, seja para fazer procedimentos, às vezes procedimentos invasivos, como medicações, curativos. Então a gente pode utilizar o brinquedo terapêutico para fazer com que esta criança aceite melhor a internação e consequentemente ela consiga se adaptar melhor a todas essas mudanças que ocorrem quando ela está passando por procedimentos traumáticos que tiram ela do meio ambiente em que ela está acostumada e expõe ela a outras pessoas, a outras doenças, a outras culturas e que acabam desestabilizando ela. (P11)

Os participantes citaram também que a técnica do BT não foi abordada durante a sua formação, tanto no curso técnico como na graduação:

Não foi abordada, nunca ouvi falar. (P4)

Não foi, há 20 anos não se pensava. (P14)

Na minha época não se falava nisso. (P18)

Uso de estratégias de distração ou brinquedo terapêutico na assistência à criança

Na maioria das falas das participantes evidencia-se a associação do uso do BT aos profissionais da terapia ocupacional:

[...] a terapia ocupacional [TO] [...] são os profissionais que se dedicam para isso. (P1)

[...] têm os profissionais específicos para isso, que é a equipe de terapia ocupacional. [...] eles pegam as crianças, levam para a sala de recreação e desenvolvem atividades. (P4)

[...] o pessoal da TO organiza ali o brinquedo terapêutico. (P8)

Algumas participantes referiram que a técnica do BT não é utilizada pela equipe de enfermagem, mas algumas técnicas de distração são empregadas para proporcionar maior conforto e cuidado à criança:

[...] a gente utiliza brinquedos, a gente utiliza atividades lúdicas para fazer alguns procedimentos. (P6)

Nós não utilizamos o brinquedo terapêutico. [...] a gente sempre procura entreter a criança, brincar, fazer balão, mas quem faz mais é a terapia ocupacional, eles que levam para a salinha de recreação. [...] a gente

procura fazer sempre o melhor para a criança se sentir mais confortável, sempre brincando, mas não diretamente fazendo a brinquedoterapia. (P7)

P1 e P3 citam alguns exemplos de estratégias de distração utilizadas no cuidado à criança. Já P6 fala da importância dessas técnicas para a criação de vínculo com o paciente:

A gente tem algumas distrações no momento de procedimentos, tem aquele tradicional do teto que tem uma cordinha, que toca uma musiquinha [...], mas a gente ape-la muito para o celular, onde a gente busca as musiquinhas tradicionais da galinha pintadinha, da pepa [...]. (P1)

Normalmente eu pego um brinquedo que a criança goste mais e brinco. A gente já teve um caso que uma criança, estava internada aqui e a irmã em casa, ela tinha que fazer aerolin de 2/2h, então eu peguei uma boneca, chamava pelo nome da irmã, fazia nela e depois na criança, aí eu consegui fazer que ela gostasse do jatinho. (P3)

[...] cada vez que eu vou coletar, [...] puncionar ou até mesmo quando eu vou fazer o exame físico na criança que eu preciso me aproximar, manusear, eu acabo cantando uma musiquinha, [...] fazendo cócegas, acabo fazendo um balão de luva. Então, isso quebra o gelo e no meu ponto de vista ajuda a fortalecer o vínculo [...]. (P6)

Além disso, observou-se que as profissionais reconhecem a importância do brincar no cuidado da criança internada.

Eu acho que é importante demais, porque com o brinquedo tu consegue identificar várias situações até mesmo da própria criança e favorece a recuperação dela. (P3)

[...] elas brincam e aliviam o estresse durante a internação. (P5)

[...] ela se sente melhor, se sente mais acolhida, se sente mais a vontade no espaço. (P7)

É muito legal porque as crianças se distraem, elas vêm para o hospital para se tratarem só que ela não vai ficar o tempo todo dentro do quarto né, então é importante para a recuperação dela também. (P10)

Eu sei que ele ajuda a criança a entender o procedimento, fazendo no brinquedo e depois nela, ela vai se sentir mais segura, mais tranquila, vai entender mais ou menos o processo, o que vai acontecer. (P13)

P2 refere ainda que brincar durante a internação hospitalar pode promover uma aproximação entre os pais e a criança doente.

De repente às vezes em casa a mãe não tem tempo de fazer essa parte [...]. Então, aqui eu acho que é um período até de aprendizado, para a criança e para a mãe também, pensar: “bah, isso é bom para o meu filho, então como ajudou ele ou ela no tratamento eu posso tentar fazer em casa também para interagir mais com a criança ficar mais próxima [...]”. (P2)

Complementarmente, o BT ou técnicas de distração podem ser empregados em outros contextos, como nas salas de vacinação. P13 refere utilizar esse tipo técnica com sua familiar em casa:

A gente pode utilizar, por exemplo, na sala de vacinas, a gente tá tentando fazer esse tipo de coisa. Eu tenho uma netinha e antes dela ir se vacinar a gente faz isso, pega uma seringinha, faz ela fazer nas bonequinhas, prepara ela [...]. (P13)

Outra participante destaca a importância da higienização correta dos brinquedos a fim de evitar a contaminação, visto que crianças com patologias diferentes compartilham os mesmos brinquedos.

O profissional que está acompanhando oferece os brinquedos para a criança e no final faz uma higienização para não passar contaminação um para o outro. (P10)

Foram citados alguns os fatores dificultadores para utilização do BT ou técnicas de distração no cuidado à criança hospitalizada tais como o armário de brinquedos da sala de recreação fechado e o turno da noite, visto que as crianças encontram-se cansadas, vão dormir cedo e as profissionais ficam envolvidas com suas funções até muito tarde.

Agora uma coisa que eu não acho boa é que aqueles armários estão sempre fechados, só são abertos quando o pessoal da TO vêm. [...] as crianças falam: “ai tia, tem a chave para abrir isso aqui para nós brincar?” e aí a gente não tem a chave [...]. É uma coisa que tinha que ser revista, ou deixar uns para eles, [...] pensa em um armário cheio de brinquedos e as crianças só olharem. (P2)

[...] por causa do turno, quando começa a acalmar a rotina a criança já está dormindo. (P12)

DISCUSSÃO

O BT ajuda a criança a aliviar o estresse e a ansiedade causada por experiências atípicas a sua idade e rotina diária, como a hospitalização, exigindo mais do que a recreação para minimizar os problemas associados. Além disso, o BT favorece uma intervenção diferenciada que permite discutir práticas de cuidado compartilhando os saberes dos profissionais, das famílias e das crianças, visando a integralidade da assistência oferecida⁷.

Neste estudo, as participantes referiram ter pouco conhecimento sobre o BT, atribuindo esse aos profissionais da terapia ocupacional. Contudo, conforme a Resolução 546, do Conselho Federal de Enfermagem, é competência da equipe de enfermagem que atua na pediatria a utilização da técnica do BT durante a realização do cuidado à criança e à família, devendo contemplar as etapas do processo de enfermagem, com seu registro em prontuário⁸. Considerando que o trabalho da enfermagem não está restrito à assistência direta, mas também ao provimento de recursos, orientações, apoio emocional e orientações⁹.

Além disso, o trabalho do terapeuta ocupacional com crianças hospitalizadas envolve estimular o desenvolvimento neuropsicomotor através do brincar¹⁰. A hospitalização é um momento delicado, que pode acarretar agravos ou provocar manifestações somáticas e/ou psicológicas que muitas vezes se confundem com sinais e sintomas característicos da doença. Dessa forma, considerando a fase de desenvolvimento da criança, a hospitalização poderá ocasionar atraso no seu desenvolvimento neuropsicomotor decorrente da falta de estímulos necessários na sua rotina diária¹⁰.

Dessa forma, é importante que a equipe que atua na unidade de internação pediátrica amplie o uso do BT no cuidado diário, para que o mesmo não fique restrito a espaço e tempo limitados, como o que ocorre com a assistência proporcionada pela equipe da terapia ocupacional, que não acompanha as crianças por 24hs no dia.

As profissionais também mostraram, em alguns relatos, uma compreensão equivocada sobre o BT, considerando-o como uma atividade recreacional, tendo horário e local específicos para tanto. Contudo, uma participante apresentou uma visão mais aprofundada sobre o uso BTI, ressaltando que seu uso pode ser feito para orientações, como de higiene e antes da realização de procedimentos. As atividades lúdicas auxiliam na promoção do aprendizado de forma mais dinâmica e descontraída¹¹.

Além disso, essa participante destacou que o uso do BT ajuda a criança a aceitar melhor a internação e a auxilia na adaptação ao novo ambiente. Nesse contexto, o BT auxilia na diminuição das tensões geradas e ajuda na mudança de ambiente pelo qual a criança passa¹². Quando se insere o lúdico no cuidado à criança internada transforma-se o ambiente hospitalar em um local mais acolhedor e acolhedor, tornando-o mais próximo ao universo infantil.

Apesar das participantes não utilizarem o BT, empregam algumas técnicas de distração para proporcionar maior conforto à criança. O brinquedo pode ser utilizado para que a criança compreenda a doença, dando voz a suas emoções e proporcionando-lhe segurança durante a hospitalização³. Também permite que a criança brinque e realize atividades próprias da sua idade, distraíndo-a da rotina hospitalar e aproximando-a do universo infantil¹³. Além disso, ao brincar, que é a linguagem que a criança melhor entende, ela compreende melhor a situação e consegue solucionar problemas ao reproduzir a situação vivenciada, obtendo domínio sobre a realidade¹⁴.

As participantes relataram diversos pontos importantes do uso do BT como a possibilidade de aliviar o estresse, a promoção do bem-estar da criança e sua ambientação no espaço, bem como a compreensão sobre os procedimentos pelos quais passa, proporcionando sensação de segurança e tranquilidade. Assim, identifica-se que mesmo que as participantes tenham informado não conhecerem o BT, nem fazerem uso dele, compreendem a sua importância e adotam algumas estratégias para melhorar a adaptação da criança ao contexto da hospitalização.

O BT ou as técnicas de distração podem ser realizados na brinquedoteca, no quarto, na enfermaria ou em outro local, como uma forma do enfermeiro promover a criação de vínculo e desenvolver o sentimento de confiança entre ele, a criança e a família¹⁵. A criação de vínculo é fundamental para qualificação da assistência, favorecendo a comunicação entre os profissionais e a criança, auxiliando a identificar a singularidade de cada uma, bem como contribuindo para aumentar a confiança no profissional e ampliar a participação do paciente. Além disso, com a criação de vínculo, a criança sente-se mais a vontade para revelar seus pensamentos e sentimentos, favorecendo sua satisfação¹⁶.

Ainda, o brincar, durante hospitalização, foi relatado como estratégia de aproximação entre os pais e a criança doente, auxiliando na promoção do vínculo. A interação dos pais com a criança é primordial para a criação de vínculo, sendo que a qualidade do apego está relacionada à sensibilidade dos pais durante sua interação com o bebê, bem como a quantidade de tempo que brincam ou cuidam da criança¹⁷.

Destacou-se também, neste estudo, que o BT ou as técnicas de distração podem ser empregadas em outro contexto, como nas salas de vacinação, ficando evidente a importância de ampliação do uso dele para diversos contextos de assistência à saúde da criança, bem como no contexto familiar. Um estudo que visou comparar os comportamentos das crianças preparadas ou não para a vacinação com o BTI, encontrou resultados positivos nas crianças que foram preparadas¹⁸. Assim, preparar as crianças para a vacinação com o BTI possibilita lidar com a experiência dolorosa antes de vivenciá-la, aliviando o estresse e o medo.

A importância da higienização dos brinquedos a fim de evitar a contaminação, também foi mencionada neste estudo. Em instituições hospitalares é comum o compartilhamento de brinquedos oferecendo para as crianças, que os manuseiam, risco de infecção hospitalar cruzada¹⁹, por isso, é recomendada a higienização rotineira deles, visando prevenir infecções hospitalares. Também é preciso atentar para a escolha dos brinquedos, sendo indicados os que permitem a desinfecção entre os usos, ou seja, aqueles de plástico, rígidos e não porosos.

Entre os fatores dificultadores para utilização do BT ou técnicas de distração no cuidado à criança hospitalizada as participantes citaram o armário de brinquedos da sala de recreação fechado e o turno da noite, visto que as crianças encontram-se cansadas dormindo cedo. Muitas vezes, o comportamento dos profissionais de enfermagem em não utilizar o BT ocorre devido à grande demanda de necessidades fisiológicas particulares de cada paciente, que precisam atender²⁰.

Embora existam dificuldades para implementar e utilizar o BT em unidades pediátricas, como a carência de recursos humanos, materiais ou financeiros, isso não justifica a privação da criança de seu direito de brincar. Assim, deve-se possibilitar condições e capacitar a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, para incluir o brincar na sua prática cotidiana²¹.

A inserção do conteúdo do BT nos cursos de graduação de enfermagem é uma recomendação de vários Conselhos de Enfermagem, o que não se observou neste estudo. Estudo realizado em São Paulo evidenciou que a sensibilização do enfermeiro para o uso dessa estratégia é favorecida quando o conteúdo está presente na formação e quando se proporciona sua vivência prática²². Para estudo realizado Minas Gerais a equipe de enfermagem relatou que a técnica do BT foi abordada durante a formação profissional, porém

não desenvolveram na prática²³. Nesse sentido, é importante que além de abordar o conteúdo do BT na formação ele seja aplicado na prática.

Destaca-se como limitação do estudo o fato de ter abordado exclusivamente a equipe de enfermagem. Acredita-se que a inclusão de profissionais da equipe multiprofissional poderia contribuir para ampliar a discussão sobre o uso do brinquedo na hospitalização infantil.

Como contribuição do estudo percebe-se a necessidade das unidades hospitalares instituírem Procedimentos Operacionais Padrão (POP) com descrição detalhada de atividades que poderiam dispor da técnica do BT, como nas punções venosas, na realização de curativos, na administração de medicamentos, entre outros, tornando-se seu uso rotineiro no cuidado da criança hospitalizada.

CONCLUSÃO

Os participantes deste estudo têm uma compreensão simplificada sobre o BT, desconhecendo sua aplicabilidade e funções, associando-o à recreação e aos profissionais da terapia ocupacional, não o utilizando no seu cotidiano. Contudo, os participantes utilizam técnicas de distração para proporcionar maior conforto à criança durante a hospitalização.

Mesmo não fazendo uso do BT, os participantes reconhecem a importância de brincar para o cuidado da criança, contribuindo para o alívio do estresse causado pela hospitalização e para a criação de vínculo entre profissionais de enfermagem, crianças e pais. Ademais, percebe-se a necessidade da inserção dessa temática durante a formação, bem como sua aplicação na prática, visando instrumentalizar os profissionais para o uso.

Contribuições dos autores:

Juliana Bordoni Canêz: 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); Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz : 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);- Tuize Damé Hense: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada); Kaiane Passos Teixeira: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada); Viviane Marten Milbrath: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada).

REFERÊNCIAS

- Nobrega JN, Nascimento JW, Brito MA, Miranda LS, Araújo MZ. Educação e saúde: crianças hospitalizadas são beneficiadas com a risoterapia. In: Anais do Congresso Nacional de Práticas Educativas [Internet]. 2017 [citado 2020 Abr 15];1-8. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/coprecis/2017/TRABALHO_EV077_MD1_SA18_ID728_21082017202918.pdf
- Farias A, Gabatz RI, Milbrath VM, Schwartz E, Freitag VL. Percepção infantil sobre a necessidade de hospitalização para o reestabelecimento da saúde. Rev Enferm Atual Derme [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 15];87(25):1-7. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/186/88>
- Caleffi CC, Rocha PK, Anders JC, Souza AI, Burciaga VB, Serapião LS. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [citado 2020 Abr 15];37(2):e58131. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n2/0102-6933-rngen-1983-144720160258131.pdf>
- Moreira-Dias PL, Silva IP. A utilização do brinquedo durante o tratamento de crianças com câncer: percepções da equipe multidisciplinar. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 15];64(3):311-8. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/28>
- Barroso MC, Santos RS, Santos AE, Nunes MD, Lucas EA. Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico. Acta Paul Enferm [Internet]. 2020 [citado 2020 Abr 15];33:1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-e-APE20180296.pdf>
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
- Pennafort VP, Queiroz MV, Gomes IL, Rocha MF. Brinquedo terapêutico instrucional no cuidado cultural da criança com diabetes tipo 1. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 15];71 Suppl 3:1415-23. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1334.pdf
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução No. 546, de 9 de maio de 2017. Atualiza norma para utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico pela equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 Maio 17 [citado 2020 Abr 15];Seç. 1:136. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolucao-546-17.pdf>
- Pontes JA, Bohomol E. Estudo de dois sistemas de classificação de pacientes cirúrgicos pediátricos. Enferm Foco [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 15];10(4):28-34. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2174/601>
- Barcelos TA, Fonseca CF, Muniz LC, Coelho ZA. A atuação da terapia ocupacional em um hospital pediátrico. Rev Méd Minas Gerais [Internet]. 2012 [citado 2020 Abr 15];22 Suppl 2:88-91. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/717>
- Silveira BM, Sebold LF, Ferreira LE, Girondi JB, Amante LN, Justino JS. Opinião das famílias sobre as atividades lúdicas desenvolvidas com crianças na escola abordando hábitos saudáveis. Enferm Foco [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 15];10(4):116-21. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2541/613>
- Silva SR, Santos MC, Silva AM, Ferreira FA, Freitas RS, Gouveia MT, et al. Percepção dos acompanhantes das crianças hospitalizadas acerca do brinquedo terapêutico. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 15];12(10):2703-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236309/30232>
- Ribeiro JP, Gomes GC, Oliveira BB, Klemtz FV, Soares PP, Silva PA. Confortabilidade da unidade de pediatria: perspectiva de usuários, profissionais e gestores de enfermagem. Rev Enferm Cent Oeste Min [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 15];8:e2055. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2055/1858>
- Morais GS, Costa SF, França JR, Duarte MC, Lopes ME, Batista PS. Experiência existencial de crianças em tratamento quimioterápico sobre a importância do brincar. Rev Rene [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 15];19:e3359. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-956402>
- Marques DK, Silva KL, Cruz DS, Souza IV. Benefícios da aplicação do brinquedo terapêutico: visão dos enfermeiros de um hospital infantil. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2015 [citado 2020 Abr 15];22(3):64-8. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/240>
- Souza LP, Silva CC, Brito JC, Santos AP, Fonseca AD, Lopes JR, et al. O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. J Health Sci Inst [Internet]. 2012 [citado 2020 Abr 15];30(4):354-8. Disponível em: http://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V30_n4_2012_p354a358.pdf
- Fuertes M, Faria A, Beeghly M, Lopes-dos-Santos P. The effects of parental sensitivity and involvement in caregiving on mother-infant and father-infant attachment in Portuguese sample. J Fam Psychol. 2016;30(1):147-56.
- Pontes JE, Tabet E, Folkmann MA, Cunha ML, Almeida FA. Therapeutic play: preparing the child for the vaccine. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 15];13(2):238-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000200012
- Gessner R, Gruchouskei F, Barrichelo J, Barros CB, Freire MH. Protocolo de desinfecção de brinquedos em uma unidade de internação pediátrica: vivência acadêmica de enfermagem. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2013 [citado 2020 Abr 15];12(1):184-8. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15053>
- Gomes MF, Silva ID, Capellini VK. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do brinquedo terapêutico no cuidado as crianças hospitalizadas. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2016 [citado 2020 Abr 15];5(1):23-7. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/4490/pdf>
- Malaquias TS, Baena JA, Campos AP, Moreira SR, Baldissera VD, Higarashi IH. O uso do brinquedo terapêutico durante a hospitalização infantil: saberes e práticas da equipe de enfermagem. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2014 [citado 2020 Abr 15];13(1):97-103. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21802>
- Barreto LM, Maia EB, Depianti JR, Mello LL, Ohana CV, Ribeiro CA. Dando sentido ao ensino do brinquedo terapêutico: a vivência de estudantes de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [citado 2020 Abr 15];21(2):e20170038. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/1414-8145-ean-21-02-e20170038.pdf>
- Barroso MC, Machado ME, Cursino EG, Silva LR, Depianti JR, Silva LF. O brinquedo terapêutico na graduação de enfermagem: da teoria à prática. Rev Pesqui Cuid Fundam Online [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 15];11(4):1043-7. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6901/pdf>

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA SOBRE A TUBERCULOSE

Daniel Gomes de Lima¹
Karine Nascimento da Silva¹
Tacyla Geyce Freire Muniz Januário¹
Andreza de Lima Rodrigues¹
Jeane Lima Cavalcante¹
Edilma Gomes Rocha Cavalcante¹

<https://orcid.org/0000-0003-1374-5522>
<https://orcid.org/0000-0003-0145-6221>
<https://orcid.org/0000-0002-4946-9382>
<https://orcid.org/0000-0001-9181-0970>
<https://orcid.org/0000-0001-9074-8263>
<https://orcid.org/0000-0002-6861-2383>

Objetivo: Verificar o conhecimento prévio da população em situação de rua sobre a tuberculose. **Métodos:** Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com 70 pessoas em situação de rua. A coleta de dados ocorreu nos locais com maior aglomeração dessas pessoas, por meio de formulário e analisados conforme a estatística descritiva. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo masculino, com idade entre 18 e 32 anos. Verificou-se o predomínio de pessoas que afirmaram saber sobre a doença, com obtenção das informações por serviços e profissionais de saúde, bem como outros meios de comunicação. **Conclusão:** As ações para garantia do acesso à informação sobre a tuberculose são essenciais para o diagnóstico precoce. Para tal, é necessário que os profissionais e sistema de saúde compreendam essa realidade para implementação de estratégias de educação em saúde de maneira efetiva.

Descritores: Tuberculose; Pessoas em situação de rua; Educação em saúde.

KNOWLEDGE OF THE POPULATION IN STREET SITUATION ABOUT TUBERCULOSIS

Objective: To verify the prior knowledge of the homeless population about tuberculosis. **Methods:** Descriptive study, with a quantitative approach, carried out with 70 homeless people. Data collection took place in the places with the greatest agglomeration of these people, using a form and analyzed according to descriptive statistics. **Results:** Most of the participants were male, aged between 18 and 32 years. There was a predominance of people who claimed to know about the disease, with information obtained by health services and professionals, as well as other means of communication. **Conclusion:** actions to guarantee access to information about tuberculosis are essential for early diagnosis. To this end, it is necessary that professionals and the health system understand this reality to implement health education strategies effectively.

Descriptors: Tuberculosis; Homeless persons; Health education.

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN LA SITUACIÓN DE LA CALLE SOBRE LA TUBERCULOSIS

Objetivo: Verificar el conocimiento previo de la población sin hogar sobre la tuberculosis. **Métodos:** Estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, realizado con 70 personas sin hogar. La recolección de datos se realizó en los lugares con mayor aglomeración de estas personas, utilizando un formulario y analizado de acuerdo con estadísticas descriptivas. **Resultados:** La mayoría de los participantes eran hombres, con edades comprendidas entre 18 y 32 años. Hubo un predominio de personas que afirmaban saber sobre la enfermedad, con información obtenida por los servicios de salud y profesionales, así como otros medios de comunicación. **Conclusión:** Las acciones para garantizar el acceso a la información sobre la tuberculosis son esenciales para el diagnóstico temprano. Para este fin, es necesario que los profesionales y el sistema de salud entiendan esta realidad para implementar estrategias de educación en salud de manera efectiva.

Descriptorios: Tuberculosis; Personas sin hogar; Educación en salud.

¹Universidade Regional do Cariri, Crato, CE, Brasil.

Autor correspondente: Karine Nascimento da Silva | E-mail: karinenascimento1996@outlook.com

Conflitos de interesse: manuscrito extraído da monografia intitulada "Determinantes Sociais de Saúde da População em Situação de Rua vulneráveis à Tuberculose", apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional do Cariri em 2018.

Recebido: 25/05/2020 - Aceito: 27/01/2021

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença de caráter infecciosa, quando não tratada, e se configura atualmente como um importante problema de saúde pública devido as suas altas taxas de incidência no contexto mundial e nacional. No Brasil, diversos avanços já foram alcançados para o controle da TB, contudo, ainda existem desafios a serem superados, tais como a diminuição do coeficiente de incidência da doença e fortalecer as ações de controle nas populações vulneráveis¹.

Ao considerar os aspectos biopsicossociais, estudos indicam que as desigualdades sociais podem aumentar as chances de adoecimento por TB e interferir na cura e no controle da doença. Com isso, torna-se importante compreender que a doença está diretamente relacionada aos determinantes sociais. Dessa forma, a vulnerabilidade social e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde merecem destaque, pois são alguns dos fatores inerentes à População em Situação de Rua (PSR)².

A Política Nacional para a População em Situação de Rua define esse grupo populacional como que possuem em comum a pobreza extrema e estão em situação de vulnerabilidade social, com os vínculos familiares interrompidos e a inexistência de moradia convencional regular, se utilizando dos espaços públicos para moradia e sustento³.

Essa população, considerada parte excluída da sociedade e historicamente visibilizada como marginal, não consegue ter acesso continuado aos serviços de saúde, o que se tem são práticas de acesso restritas somente ao primeiro atendimento. Além disso, a PSR apresenta dificuldades para acessar os serviços de saúde devido a burocratização no atendimento. Desvalorização social dada à essa população pelos próprios profissionais de saúde, ausência de serviço organizado especificamente para atendê-los e pouco conhecimento dessa população sobre da organização do serviço de saúde⁴.

Nesse sentido, a educação em saúde é uma estratégia voltada para a comunidade com finalidade de mudança no meio social por meio da formação de usuários protagonistas e corresponsáveis pelo seu processo saúde-doença⁵. Dessa forma, tal ferramenta se mostra necessária e importante para essa população, pois pode auxiliar na aquisição de conhecimento e norteio sobre a organização dos serviços de saúde, facilitando o acesso.

Dessa forma, o conhecimento da PSR sobre a TB torna-se de grande relevância na prevenção da doença e detecção dos seus primeiros sinais e sintomas. O acesso a tais informações implica diretamente na busca do indivíduo pelo serviço de saúde, diagnóstico precoce, início rápido do tratamento e

maiores chances de cura, auxiliando no controle da doença⁶. Diante disso, esse estudo objetiva verificar o conhecimento prévio da população em situação de rua sobre a TB.

MÉTODOS

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

A amostra do estudo foi constituída por 70 pessoas em situação de rua pertencentes aos municípios da Região Metropolitana do Cariri. Foram critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 18 anos, ter ou não tosse com qualquer duração, morar em situação de rua ou se abrigar nesse espaço no período noturno. Foram excluídos: pessoa que apresentarem alguma dificuldade cognitiva que dificultasse a coleta de dados e/ou dos exames.

Realizado nas Secretarias de Saúde de dois municípios da Região Metropolitana do Cariri. Teve apoio dos profissionais de saúde do Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará (LACEN) e do Centro de Dermatologia Sanitária e doenças Infectocontagiosa. Esses prestaram suporte por meio de orientações para pesquisa e fornecimento de material para a coleta de escarro, tais como: caixa térmica, baterias de gelo, potes para coleta e formulários referentes à coleta para identificação dos participantes, que foram entregues nos laboratórios.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a dezembro de 2017, especificamente, em locais que mais aglomeravam a População em Situação de Rua que foram: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro pop) e uma igreja aonde essa população recebia apoio. Após explicação do objetivo da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os dados foram coletados em um único momento por meio de formulários que continham perguntas de características sociodemográficas, sobre a TB e dados de coleta de escarros anterior, resultados e tratamento da doença.

Para a realização da coleta de escarro, os participantes foram orientados sobre o procedimento para o exame de Bacilo Álcool Ácido resistente (BAAR) e forma de obter-se a melhor amostra. A coleta foi realizada pelo pesquisador em um local aberto, arejado e afastado dos demais participantes do estudo tanto no centro pop quanto na igreja.

Respeitou-se a técnica correta para a realização do exame conforme descrito a seguir: a amostra da coleta do escarro foi inserida em potes plásticos, descartáveis, com boca larga (50 mm de diâmetro), transparente, com tampa de rosca, altura de 40 mm, capacidade de 35 ml a 50 ml⁷.

A identificação (nome do paciente e data da coleta) foi feita no corpo do pote, utilizando-se, pincel com tinta permanente. O recipiente com a amostra foi acompanhado por um formulário de exame preenchido pelo pesquisador, contendo dados do paciente e da amostra. Posteriormente, realizou-se o acondicionamento do material coletado em caixa térmica e transporte ao laboratório em até 12 horas pelo próprio pesquisador. O diagnóstico foi realizado a partir de uma amostra.

Os dados coletados por meio dos formulários foram tabulados em banco de dados no programa eletrônico *Microsoft Excel* (2016). Os dados foram interpretados e analisados conforme a estatística descritiva (números absolutos e porcentagens), apresentados em tabela e quadro e analisados de acordo com a literatura pertinente sobre a temática.

O presente estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulado: "Determinantes Sociais de Saúde da População em Situação de Rua Vulneráveis a Tuberculose", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, obtendo parecer favorável, de nº 1.054.320.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Entre os participantes, 55 (78,6%) eram do sexo masculino, com idade entre 18 e 32 anos e se autodeclararam de raça/cor parda (60,0%), de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas em situação de rua

Variável	f(%)
Sexo	
Feminino	15(21,4)
Masculino	55(78,6)
Faixa etária	
18 - 32	28(40,0)
33 - 47	20(28,6)
48 - 62	16(22,9)
63 - 67	6 (8,6)
Raça	
Branco	11(15,7)
Negro/preto	7(10,0)
Afrodescendente	4(5,7)
Pardo	42(60,0)
Índio	3(4,3)
Amarelo	3(4,3)

Conhecimento prévio da tuberculose

Ressalta-se que, dos 70 entrevistados, 42 (60,0%) afirmaram saber sobre a doença. Destes, 12 (28,5%) relataram ter adquirido esse conhecimento por meio dos serviços ou profissionais de saúde. Quanto ao exame de escarro, 59 (84,3%) afirmaram nunca terem o realizado e 11 (15,7%) já realizaram pelo menos uma vez. Dentre os que realizaram, sete (63,6%) obtiveram o resultado negativo e quatro (36,4%) tiveram resultado positivo. No que se refere ao diagnóstico anterior de TB, essas pessoas foram submetidas ao tratamento entre os anos de 2008 e 2017. Os casos foram encerrados por cura ou abandono, e um ainda se estava em tratamento, conforme a Tabela 2.

Tabela 2. Conhecimento prévio sobre a tuberculose na população em situação de rua

QUESTIONAMENTOS	RESPOSTA	n(%)
Sabe o que é tuberculose?	Sim	42(60,0)
	Não	28(40,0)
Dentre os que afirmaram saber o que é tuberculose		
Onde obteve informação sobre tuberculose?	Serviço/profissionais de saúde	12(28,57)
	Presídio	2(4,76)
	Rua	1(2,38)
	Casa	6(14,28)
	Mídia (rádio, tv, jornais)	2(4,76)
	Amigos	4(9,52)
	Não se lembra	14(33,33)
Já realizou baciloscopia alguma vez?	Sim	11(15,7)
	Não	59(84,3)
Dentre os que afirmaram já terem realizado o exame de baciloscopia		
Qual o Resultado?	Positivo	4(36,4)
	Negativo	7(63,6)
Já teve tuberculose?	Sim	4(36,4)
	Não	7(63,6)
Dentre os que afirmaram que já tiveram tuberculose		
Ano que teve tuberculose?	2008	1(25)
	2010	1(25)
	2016	1(25)
	2017	1(25)
Resultado do tratamento?	Não sabe	1(25)
	Cura	1(25)
	Abandono	1(25)
	Realizando	1(25)

DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo identificar o acesso à informação sobre TB na população de rua. Dentre as características gerais dessa população, verificou-se que eram em sua maioria de sexo masculino, jovens e adultos. Corroborando, com o estudo realizado no estado de São Paulo que também identificou características semelhantes na população de rua que foi diagnosticado com TB nos serviços de saúde⁸.

Nesse estudo, constatou-se que a maioria da PSR demonstrou ter conhecimento sobre a doença. O acesso a tal informação foi obtido por meio dos serviços e profissionais da saúde através da educação em saúde, sendo evidenciado também por outros meios de comunicação, tais como televisão e rádio. Estudo realizado em Tcheran- Irã, com 503 PSR apontou que 62,0% dos homens e 42,6% das mulheres têm conhecimento e prática em relação à TB, especificamente naqueles que apresentam maior nível de escolaridade⁹.

Nesse sentido, observa-se a importância de refletir sobre os meios e abordagens para o fornecimento dessas informações, de modo que produzam nessas pessoas uma reflexão sobre a situação e estímulo para busca do cuidado¹⁰. Ressalta-se, que as estratégias de educação em saúde devem ser disponibilizadas de forma clara e de fácil acesso para atender a essa população vulnerável.

Dentre as fragilidades no acompanhamento da TB na PSR, observa-se as dificuldades para realizar as ações de educação em saúde. A criação de vínculo efetivo entre os profissionais e PSR auxilia para ultrapassar as barreiras sociais e no incentivo para que essas pessoas em situação de vulnerabilidade sigam as orientações de forma adequada¹¹. Dessa forma, as ações de educação em saúde são ferramentas essenciais que devem ser utilizadas pelos profissionais com intuito de fornecer as informações necessárias para o conhecimento, identificação e tratamento da TB, e sobretudo, criar vínculos com essa população.

Além da educação em saúde, os profissionais das Unidades Básicas de Saúde utilizam da realização de exames de baciloscopia como estratégias para o controle da TB na PSR. O diagnóstico precoce da doença e o tratamento completo, até a cura, tem relação direta com o vínculo da PSR e profissionais¹².

No presente estudo, a grande maioria da população pesquisada afirmou nunca ter realizado exames de baciloscopia. Dentre aqueles que realizaram, a minoria apresentou resultado positivo, com histórico anterior de diagnóstico e tratamento para TB. Constataram-se fragilidades quanto ao encerramento dos casos, relacionado ao abandono ou por desconhecimento dessa informação.

O abandono do tratamento da TB geralmente está relacionado a fatores sociodemográficos, ocorrendo principalmente em homens com menor escolaridade, que utilizam álcool e associando-se a outras doenças, como infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS^{13,14}. Essas condições necessitam de vigilância em saúde diante das altas taxas de abandono do tratamento nesse público. A assistência à PSR é um compromisso dos serviços e

profissionais da saúde que atuam na área de abrangência e dos Centros Pop.

Além disso, as condições de vulnerabilidade sociais, como a falta de moradia, que a PSR enfrenta, são determinantes que contribuem para o abandono do tratamento, principalmente pelo distanciamento com os serviços de saúde e a dificuldade do acesso à informação¹⁵. Diante disso, cabe aos profissionais e serviços de saúde elaborar estratégias de intervenções comprometidas a melhoria da saúde por meio de articulação intersetorial.

No presente estudo, os serviços alternativos que prestam cuidados a essa população foram o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) e uma igreja católica. O Centro Pop é um instrumento essencial para a conquista de direitos sociais e educação em saúde dessas pessoas, que através do acolhimento, palestras, grupos socioeducativos e oficinas, possibilita fonte de ensino e saúde para essas pessoas¹⁶. Esses serviços alternativos se apresentam como rede de apoio para fortalecer o cuidado em saúde a população em situação de rua.

O Centro Pop em questão realizava um papel fundamental no que diz respeito ao apoio da população. No entanto, os serviços prestados não eram suficientes para atender todas as necessidades da PSR, considerando a lotação diária e a localização geográfica do Centro Pop, por ser afastado do centro da cidade e das avenidas mais movimentadas, muito dos moradores de rua não procuravam o serviço e outros relataram a dificuldade de acesso.

Todo contexto que envolve a população em situação de rua engloba diversos aspectos ligados, especialmente, as vulnerabilidades sociais. Diante das questões ligadas a saúde, faz-se necessário o uso de práticas e estratégias que sejam efetivas para promover a educação em saúde para TB. Dentre essas, o Centro Pop apresenta-se como uma estratégia que pode ser utilizada para atender as necessidades dessa população.

Como limitações desse estudo evidenciou-se a dificuldade para encontrar o ponto de apoio as PSR para efetivar o contato, a falta de interesse na pesquisa e o comprometimento da segurança do pesquisador para realização da coleta.

Esse estudo contribui para melhor compreensão do perfil da PSR, a situação de saúde e conhecimento sobre a TB. A busca por essa identificação e conhecimento auxilia para melhor entendimento dos profissionais e serviços de saúde sobre a vulnerabilidade dessa população e a importância de considerar a sua individualidade nas estratégias de educação em saúde. O acesso as

informações sobre a TB são essenciais para diminuição da contaminação da doença.

CONCLUSÃO

A identificação do conhecimento prévio da população em situação de rua sobre a TB demonstra que a maioria dessas pessoas sabem sobre a doença, com obtenção do conhecimento por meio do acesso a informação dos profissionais e serviços de saúde, bem como por outros meios de comunicação, à exemplo do rádio e televisão. No entanto, ainda se evidenciou que boa parte dessas pessoas não conheciam a doença.

Esse contexto leva a uma inquietude sobre o acesso a essas informações, sobretudo pela vulnerabilidade social dessa população. Diante disso, os profissionais e sistema de saúde precisam compreender a individualidade e o contexto de vida para que as estratégias de educação em saúde sejam implementadas de maneira efetiva, em conjunto com outras medidas para garantia do acesso às informações a esse público. Sendo que, essas ações são essenciais para o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento, consequentemente, no controle da doença.

Contribuição dos Autores:

a) concepção e/ou desenho do estudo: Daniel Gomes de Lima; Edilma Gomes Rocha Cavalcante. b) coleta, análise e interpretação dos dados: Daniel Gomes de Lima; Karine Nascimento da Silva; Tacyla Geyce Freire Muniz Januário; Andreza de Lima Rodrigues; Jeane Lima Cavalcante. c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Karine Nascimento da Silva; Edilma Gomes Rocha Cavalcante. d) aprovação da versão final a ser publicada: Daniel Gomes de Lima; Karine Nascimento da Silva; Tacyla Geyce Freire Muniz Januário; Andreza de Lima Rodrigues; Jeane Lima Cavalcante; Edilma Gomes Rocha Cavalcante.

Agradecimentos:

À Liga Acadêmica de Doenças Negligenciadas, Universidade Regional do Cariri, pelo apoio para realização da coleta de dados. À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela concessão de bolsas ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na Universidade Regional do Cariri. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), Universidade Regional do Cariri.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 Jan 10]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/05/plano-nac-tuberculose-29jun17-alta-resolucao.pdf>
2. Bertolozzi MR, Takahashi RF, França FO, Hino P. A ocorrência da tuberculose e sua relação com as desigualdades sociais: estudo de revisão integrativa na Base PubMed. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20180367.
3. Decreto No. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2009 Dez 24;Seç. 1:16.
4. Lira CD, Justino JM, Paiva IK, Miranda MG, Saraiva AK. Is the access of the street population a denied right? *REME Rev Min Enferm*. 2020;23:e1157.
5. 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.
6. Macedo VL, Vieira LF, Neves RS, Leandro SS. Avaliação da estratégia saúde da família em São Sebastião - Distrito Federal. *Enferm Foco*. 2019;10(3):15-21.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 Jan 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
8. Ranzani OT, Rodrigues LC, Waldman EA, Prina E, Carvalho CR. Quem são os pacientes com tuberculose diagnosticados no pronto-socorro? Uma análise dos desfechos do tratamento no Estado de São Paulo, Brasil. *J Bras Pneumol*. 2018;44(2):125-33.
9. Amiri FB, Doosti-Irani A, Sedaghat A, Fahimfar N, Mostafavi E. Knowledge, attitude, and practices regarding HIV and TB among homeless people in Tehran, Iran. *Int J Health Policy Manag*. 2018;7(6):549-55.
10. Oliveira RA, Lefèvre F. Comunicação na revelação do diagnóstico e adesão ao tratamento da tuberculose: representações sociais de profissionais e de pacientes. *Texto Contexto -Enferm*. 2017;26(2):e06790015.
11. Ferreira CP, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(8):e00070515.
12. Pinto PF, Silveira C, Rujula MJ, Chiaravalloti Neto F, Ribeiro MC. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de São Paulo de 2006 a 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):549-57.
13. Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm*. 2018;71 Suppl 1:684-92.
14. Hino P, Monroe AA, Takahashi RF, Souza KM, Figueiredo TM, Bertolozzi MR. Tuberculosis control from the perspective of health professionals working in street clinics. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3095.
15. Hallais JA, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(7):1497-504.
16. Pinho RJ, Pereira AP, Lussi IA. População em situação de rua, mundo do trabalho e os centros de referência especializados para população em situação de rua (centro pop): perspectivas acerca das ações para inclusão produtiva. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019;27(3):480-95.

INFRAÇÕES ÉTICAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA*

Mayara Cândida Pereira¹

Thais Vilela Sousa²

Iel Marciano de Moraes Filho¹

Dirce Bellezi Guilhem³

Joyce Souza Lemes²

Maria Liz Cunha de Oliveira⁴

<https://orcid.org/0000-0002-0242-6262>

<https://orcid.org/0000-0002-7498-516X>

<https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

<https://orcid.org/0000-0003-4569-9081>

<https://orcid.org/0000-0002-7401-2608>

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

Objetivo: Analisar os processos éticos de enfermagem julgados pelo Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal envolvendo idosos. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal descritivo de análise documental retrospectiva. Foram analisados 18 processos éticos quanto a quem foram os denunciadores, o perfil do denunciado, a caracterização das denúncias, idade da vítima, os locais e tipos de instituição de saúde com maior número de ocorrências éticas, os principais artigos violados do Código de Ética e a as penalidades aplicadas na decisão final do Conselho. **Resultados:** As infrações éticas foram cometidas majoritariamente por técnicos de enfermagem, com poucos anos de inscrição, por negligência contra idosos de 60 a 70 anos nos cuidados dispensado em domicílio. **Conclusões:** Acredita-se que o estudo possa instigar os profissionais a pensar acerca da sua prática profissional e a respeito das possíveis implicações éticas e legais decorrentes da assistência aos idosos, contribuindo para que a prática de enfermagem seja mais cautelosa e eticamente responsável, considerando as necessidades de cuidados que surgem no cenário atual de envelhecimento populacional.

Descritores: Cuidado de enfermagem; Códigos de ética; Idoso; Enfermagem geriátrica; Assistência domiciliar aos idosos.

ETHICAL INFRINGEMENTS IN NURSING CARE FOR ELDERLY PEOPLE

Objective: To analyze the ethical nursing processes judged by the Regional Nursing Council of the Federal District involving the elderly. **Methods:** This is a cross-sectional descriptive study of retrospective document analysis. Eighteen ethical processes were analyzed as to who the whistleblowers were, the profile of the respondent, the characterization of the complaints, the age of the victim, the locations and types of health institution with the highest number of ethical occurrences, the main articles violated in the code of ethics and a the penalties applied in the final decision of the board. **Results:** Ethical infractions were most frequently committed by nursing technicians, with few years of enrollment, due to negligence against elderly people aged 60 to 70 in the care provided at home. **Conclusions:** It is believed that the study can instigate professionals to think about their professional practice and about the possible ethical and legal implications resulting from assistance to the elderly, contributing to make nursing practice more cautious and ethically responsible considering the needs of care that arise in the current population aging scenario.

Descriptors: Nursing care; Codes of ethics; Old man; Geriatric nursing; Home care for the elderly.

INFRACCIONES ÉTICAS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LAS PERSONAS MAYORES

Objetivo: Analizar los procesos éticos de enfermería juzgados por el Consejo Regional de Enfermería del Distrito Federal que involucra los ancianos. **Métodos:** Se trata de estudio descriptivo transversal del análisis retrospectivo de documentos. Se analizaron 18 procesos éticos sobre quiénes fueron los denunciadores, el perfil del denunciado, caracterización de las quejas, edad de la víctima, lugares y los tipos de institución de salud con el mayor número de casos éticos, los principales artículos violados del Código de Ética y las sanciones aplicadas en la decisión final del Consejo. **Resultados:** Las infracciones éticas fueron cometidas con mayor frecuencia por técnicos de enfermería, con pocos años de inscripción, debido a negligencia contra personas mayores de 60 a 70 años en la atención prestada en el hogar. **Conclusiones:** Se cree que el estudio puede incitar a los profesionales a pensar sobre su práctica profesional y sobre posibles implicaciones éticas y legales derivadas de la asistencia a los ancianos, lo que contribuye a hacer que la práctica de enfermería sea más prudente y éticamente responsable, considerando las necesidades de atención que surgen en el escenario actual de envejecimiento de la población.

Descriptorios: Atención de enfermería; Códigos de ética; Anciano; Enfermería geriátrica; Cuidados en el hogar para ancianos.

¹Universidade Paulista, Brasília, DF, Brasil.

²Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

³Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

⁴Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente: Thais Vilela de Sousa | E-mail: thais.fen@hotmail.com

Conflitos de interesse: artigo extraído da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia da

Universidade Católica de Brasília (UCB) intitulado: *Processos éticos de enfermagem envolvendo idosos no Distrito Federal, Brasil: 2005 a 2015* de autoria de Mayara Cândida Pereira defendido no ano de 2017.

Recebido: 26/05/2020 - Aceito: 27/01/2021

INTRODUÇÃO

A enfermagem consiste na arte de conhecer o ser humano de uma maneira holística. Como tal, a procura reconhecer a humanidade em suas formas multifacetadas como indivíduo, família e comunidade na assistência integral as necessidades de cuidados em saúde, tendo uma prática ancorada em uma perspectiva científica, colaborativa e multiprofissional de cuidado¹.

Em 25 de junho de 1986, o presidente da República sancionou a Lei No. 7.489 que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem². Para exercer o cargo, é primordial a aquisição de competências que estejam vinculadas às normas éticas e legais a fim de que haja garantia de segurança à pessoa que está sendo assistida e ampliação da assistência livre de riscos, erros e danos³.

Considera-se infração ética a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a gravidade da infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren) e, se necessário, no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)⁴.

O Sistema Cofen-Coren trata-se de órgãos reguladores, entidades de Direito Público criados pela Lei Federal No. 5.905, de 12 de julho de 1973 com atribuições constitucionais específicas de zelar pelo interesse social de fiscalização e normatização das categorias que lhe são vinculadas, no caso, a enfermagem^{2,5}.

Quando um profissional de enfermagem é denunciado por uma ação que caracteriza uma suposta infração ética, o Coren inicia a apuração, prevista no Código de Processo Ético-Disciplinar. Logo, a suposta infração ética pode ser formalizada junto ao Coren, por meio do formulário preenchido da denúncia, via ofício ou por veículos de comunicação tais como: televisão, jornal e internet. Nesse caso, alguém do próprio conselho vê e solicita a fiscalização ou visita para averiguar o caso e se for de relevância, protocola a denúncia⁴.

No Brasil, dos mais de 212 milhões de brasileiros, 14,04% serão idosos em 2020⁶, espera-se um crescimento da população idosa de 97,6% para 2030 e 258,5% para 2060⁷. Um cenário de envelhecimento populacional provocado pela queda nas taxas de fecundidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida dos indivíduos⁸. Concomitantemente, a demanda de cuidado à pessoa idosa tende a aumentar não só quantitativamente, como pela complexidade desse cuidado, considerando o perfil de multimorbidade, incapacidades, e a polifarmácia dos idosos brasileiros⁹.

Mesmo observando progressivo aumento das ações processuais contra a enfermagem¹⁰, no Brasil não há estatísticas oficiais de informações de processos éticos da categoria envolvendo idosos. Porém, tendo em conta o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, as mudanças nos arranjos familiares e por conseguinte, a transição de cuidados dos idosos da família para outros cuidadores, surge a necessidade de saber de que maneira estes idosos estão sendo cuidados, visto que a enfermagem constitui a linha de frente dos cuidados das diversas populações em diferentes níveis de atenção e que poucos estudos estão publicados sobre essa temática.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar os processos éticos de enfermagem julgados pelo Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (DF) envolvendo idosos. Este estudo se justifica pela necessidade de apreciar a prática de cuidados inerentes aos idosos no que tange às demandas de saúde que ocorrem em domicílio.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal descritivo de análise documental retrospectiva.

Os dados foram coletados nas dependências do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal.

Os dados foram coletados diretamente nos arquivos do Coren-DF e foram incluídos processos envolvendo pacientes com mais de 60 anos, de ambos os sexos, cujos processos éticos já haviam sido analisados, julgados e concluídos no período de 2005 a 2015, período esse escolhido por conveniência tomando por base o tempo de investigação, julgamento e conclusão processual. Nenhum processo sofreu exclusão. Ao todo foram analisados 18 processos éticos.

A coleta de dados foi realizada de julho a novembro de 2016 e ocorreu em uma sala privativa nas dependências da autarquia, tendo um funcionário acompanhado o procedimento de coleta das informações e em nenhum momento houve retirada de documentos do local.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário adaptado a partir de pesquisa realizada por Mendonça et al.³ para atender as necessidades do Distrito Federal. Foram incluídas as seguintes variáveis: quem são os denunciantes, o perfil do denunciado, a caracterização das denúncias, idade da vítima, os locais e tipos de instituição de saúde com maior número de ocorrências éticas, os principais artigos violados do Código de Ética e a as penalidades aplicadas na decisão final do Coren-DF. Utilizou-se ainda um diário de campo para realizar anotações pertinentes ao rito processual.

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel® versão 2018 e analisados pelo programa estatístico

Sisvar® versão 5.6. para Windows® e apresentados através de estatística descritiva.

Em todas as fases deste estudo, foram observadas às exigências da Resolução Nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Paulista, sobe o número de parecer 3.231.972 e CAEE 64421617.4.0000.5512.

RESULTADOS

Ao todo, dentre os 18 processos analisados, foram denunciados 21 profissionais, por 18 denunciantes e neles fora demonstrado a infração de 14 artigos.

A tabela 1 caracteriza o perfil dos denunciados segundo as infrações éticas. Os profissionais mais citados nos processos foram os técnicos de enfermagem (57,1%), não se sabe o estado civil da maioria (61,9%), quase metade (42,9%) tem entre 0 - 5 anos de inscrição no Coren-DF e poucos processos (9,5%) envolviam profissionais de 11 - 15 anos de inscrição. A maioria das vítimas dessas infrações apresentavam de 60 - 70 anos (38,9%) e maioria das ocorrências eram na residência dos pacientes (55,5%).

A tabela 2 demonstra os temas das denúncias. A negligência apresentou-se como maior frequência de denúncias (27,6%), a agressão obteve menor frequência entre as queixas (10,3%) e as infrações menos frequentes foram por imprudência, abandono de cuidado por falta de assiduidade, falsidade ideológica, roubo e indisciplina (3,4%).

Tabela 1. Perfil das denunciados, das vítimas e local de ocorrência

Categorias		Frequência n(%)
Profissão	Técnico de Enfermagem	12(57,1)
	Enfermeiro	4(19,0)
	Enfermeiro responsável técnico	3(14,3)
	Auxiliar de enfermagem	2(9,5)
	Total	21(100,0)
Estado Civil	Não informado	13(61,9)
	Solteiro	5(23,8)
	Casado	3(14,3)
	Total	21(100,0)
Tempo de inscrição	0 - 5 anos	9(42,9)
	6 - 10 anos	7(33,3)
	11 - 15 anos	2(9,5)
	Não informado	3(14,3)
	Total	21(100,0)

Continua...

Continuação.

Categorias		Frequência n(%)
Idade da vítima	60 - 70 anos	7(38,9)
	71 - 80 anos	6(33,3)
	81 - 90 anos	4(22,2)
	Não informado	1(5,6)
	Total	18(100,0)
Local da ocorrência	Residência do paciente	10(55,5)
	Hospital privado	6(33,3)
	Hospital público	2(11,1)
	Total	18(100,0)

Fonte: Coren-DF. Processos Éticos concluídos no período de 2005 - 2015. Autoria própria.

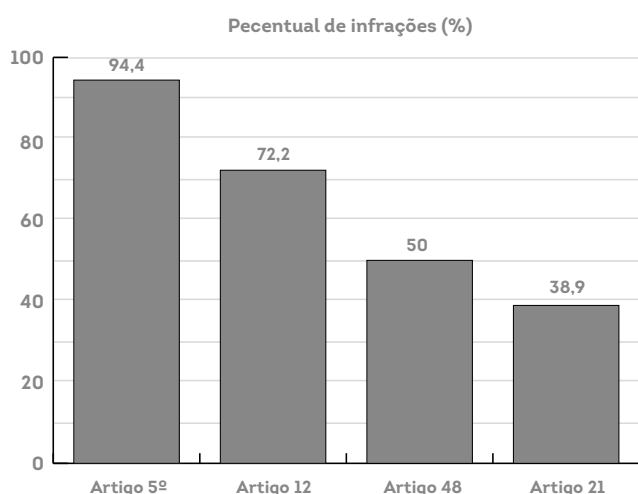
Tabela 2. Temas das denúncias

Categoria	Tema da denúncia do processo	Frequência (%)
Negligência	Procedimento que oferece risco de integridade física e moral. Não monitorar o paciente durante atividade física. Abandono de plantão. Checou a medicação, mas não administrou. Não acompanhar o paciente durante o plantão. Utilizar medicamento e dieta imprópria para uso.	27,6
Maus tratos	Obrigar o idoso a lavar as peças íntimas na área de serviço nu. Cuidados inadequados após procedimento cirúrgico. Exploração emocional. Durante higiene íntima realizou de forma violenta, chegando a machucar.	24,1
Imperícia	Erro de medicação. Troca de via de instalação de soro e da dieta. Infusão de dieta enteral em acesso venoso periférico. Administrar medicação em excesso. Introduziu sonda nasogástrica em local inadequado.	20,7
Agressão	Obrigou a realizar serviços domésticos. Tratamento depreciativo e descortês. Ofensas verbais durante os cuidados de enfermagem.	10,3
Imprudência	Não preencher corretamente as evoluções de enfermagem	3,4
Falta de assiduidade e pontualidade	Não chegar nos plantões no horário combinado.	3,4
Falsidade ideológica	Não possuía qualificação necessária e inscrição no Coren-DF.	3,4
Roubo	Apropriou-se de objetos (televisão e roupas) que estavam sem uso.	3,4
Indisciplina	Realizar trabalho remunerado alheio a sua atuação profissional (pintura e escovação de cabelo) na residência do paciente.	3,4

Fonte: Coren-DF. Processos Éticos concluídos no período de 2005 - 2015. Autoria própria.

A figura 1 demonstra os principais artigos do Código de Ética infringidos segundo a Legislação dos Profissionais de Enfermagem em decisões processuais decorrentes das denúncias realizadas. Conforme os dados, o Artigo No. 5 “Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade” obteve maior frequência entre os demais, totalizando 94,4% das infrações.

A tabela 3 apresenta as decisões finais determinadas após os processos éticos. Entre as decisões tomadas a absolvição esteve presente em 55,6% dos casos, a advertência verbal ocorreu em 22,2% e pagamento de multa e arquivamento processual em 11,1% dos casos.



Fonte: Coren-DF. Processos Éticos concluídos no período de 2005 – 2015. Autoria própria.

Figura 1. Artigos do Código de Ética citados nas decisões finais dos processos

Tabela 3. Decisões finais dos processos éticos concluídos

Decisões finais	Frequência n(%)
Absolvição	10(55,6)
Advertência verbal	4(22,2)
Multa	2(11,1)
Arquivamento	2(11,1)
Total	18(100,0)

Fonte: Coren-DF. Processos Éticos concluídos no período de 2005 – 2015.

DISCUSSÃO

No que se refere aos denunciadores, os familiares dos idosos, foram os que mais denunciaram, fato relacionado

também ao local da ocorrência: idosos que são cuidados em casa. Em estudo realizado no estado de Santa Catarina, os familiares foram os denunciadores em menor número, possivelmente ainda pela desinformação da população sobre os direitos e deveres do usuário, canais de manifestação ou por um silêncio imposto nas relações de enfermagem – paciente por medo de represálias durante o transcorrer do cuidado¹¹.

O segundo maior denunciador foram as Comissões de Ética das instituições de saúde, com ocorrência em duas instituições. As Comissões de Ética foram normatizadas e criadas nas instituições de saúde a partir da promulgação da Resolução Cofen 172/1994, em vigência cabendo a cada regional estabelecer as regras de funcionamento e eleição¹².

Dentre as categorias dos denunciados (Tabela 1), os técnicos e auxiliares de enfermagem são os trabalhadores mais frequentemente citados, pois estão mais envolvidos em falhas técnicas e em consequência, com processos éticos¹³. Quanto ao tempo de inscrição no Coren, nove dos profissionais possuíam menos de cinco anos de inscrição e sete possuíam de seis a dez anos. Esse achado está em consonância com pesquisa realizada na cidade de São Paulo onde os profissionais que mais cometeram erros eram iniciantes na atuação profissional de enfermagem¹⁴. Ressalta-se a importância do acompanhamento dos profissionais iniciantes na enfermagem com formação generalista, que possuem pouca habilidade e preparo e assumem pacientes em áreas superespecializadas e de alta complexidade de atendimento¹⁵.

Observou-se que os idosos entre 60 e 70 anos (idosos jovens) estiveram mais relacionados aos processos no papel de vítimas, em contradição a outros estudos em que a população de idosos mais velhos é mais acometida, diferença essa que pode estar relacionada a uma subnotificação de casos nos diferentes contextos¹⁵.

Quanto ao lugar em que essas infrações aconteceram, a residência foi o local de predominância com dez casos, seguidos pelos hospitais privados com seis casos, e, em terceiro, os hospitais públicos com duas ocorrências. Os resultados encontrados se diferem da pesquisa onde a maioria das infrações éticas foram cometidas em hospitais públicos³.

Os atendimentos domiciliares são uma prática de atenção à saúde substitutiva e complementar a já existente, constituída por um conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças e reabilitações prestadas em domicílios. É uma modalidade alternativa à hospitalização em expansão no Brasil diante das mudanças sociais e

econômicas ocorridas. Esse tipo de assistência visa a desospitalização precoce e a diminuição de reinternações, proporcionando um processo terapêutico mais humanizado^{13,16,17}.

Logo, este fato causa alerta e preocupação em relação aos cuidados dispensados pelos profissionais de enfermagem a pessoas idosas em domicílio, tangendo uma preocupação tanto familiar, quanto dos órgãos regulamentadores do exercício profissional da enfermagem¹⁸.

As práticas danosas aos pacientes podem ser caracterizadas como imperícia, imprudência ou negligência⁴. Essas configuram exatamente o que é conhecido em Direito como "crime culposo", que é a premeditação, a intenção de praticar uma infração penal. Conceitualmente, algumas infrações não se limitam apenas a uma dessas situações, haja vista que os denunciados apresentaram comportamentos de falsidade ideológica e roubo razão pela qual devem ser avaliadas conforme a especificidade e enquadramento no Código Penal¹⁰.

Nesse contexto, a negligência constituiu a maioria absoluta das causas de processos legais contra a enfermagem neste estudo, como também encontrado por Queiroz et al. (2010)¹⁹ no estado de São Paulo. Os fatores primordiais para que a negligência aconteça estariam vinculados ao despreparo para as diversas ações de cuidado por parte do cuidador, a dependência funcional do idoso e o tempo de cuidados prestados a um idoso dependente¹⁹.

A família é, ainda hoje, a principal provedora de cuidados de seus membros mais dependentes, contudo, essa realidade está se modificando em decorrência de transformações estruturais no contexto familiar como: queda expressiva das taxas de fecundidade, progressivo ingresso de mulheres no mercado de trabalho, modificação nas estruturas das uniões e composições das famílias²⁰.

No Brasil, assim como acontece na maioria dos países, é atribuído à família a função de cuidar de seus idosos. No entanto, o atual cenário tem mostrado que a maior demanda por cuidados vem acompanhada da redução do potencial de oferta de cuidadores familiares dadas as mudanças no perfil familiar e no papel da mulher^{18,20}.

Levando em consideração a redução dos potenciais cuidadores pela mudança que vem ocorrendo nos arranjos familiares e o perfil de incapacidade funcional desses idosos, é primordial desenvolver estratégias não só de capacitação e preparo desses cuidadores, como medidas de vigilância, coibição de práticas de negligência, imprudência e imperícia, uma vez que essa realidade de demanda de cuidado em domicílio tende a crescer^{20,21}.

Quanto às decisões finais dos processos julgados (Tabela 3), foram absolvidos os profissionais de dez processos por não haver indícios de infração ética. A frequente

associação dos profissionais a processos éticos pode estar relacionada à falta de conhecimento que eles possuem sobre a legislação do exercício profissional no que tange à assistência prestada em domicílio^{3,17,22}.

Faz-se necessário que sejam realizadas orientações aos profissionais de enfermagem envolvidos em infrações éticas, devendo apresentar um caráter educativo e não somente punitivo oportunizando a mudança de paradigmas^{17,22}.

Portanto, os achados reforçam a importância da investigação de como se dá o cuidado domiciliar, a necessidade de esclarecer aspectos de sua qualidade e se atentando às necessidades dos idosos, os mantendo livres de riscos²³.

As limitações deste estudo giram em torno da falta de informações de cuidados praticados em domicílio, uma vez que os dados obtidos não retratam fidedignamente a realidade transcorrida *in loco*.

Considerando o cenário atual de envelhecimento populacional, sua projeção de crescimento e as necessidades de cuidado que emergem dessa população, a presente pesquisa contribui para o conhecimento das condições de cuidados profissionais de enfermagem dispensado a idosos. As informações ainda permitem reflexões e planejamento de melhorias de cuidados efetivos direcionados a promoção de um processo de senescência menos fragilizado, de menor vulnerabilidade e mais autônomo, por conseguinte, promove a esperança de envelhecimento saudável e de uma prática assistencial de enfermagem de qualidade.

CONCLUSÕES

Em resumo, o estudo constatou que a maioria das infrações éticas foram cometidas por técnicos de enfermagem, com poucos anos de inscrição, por negligência, seguido de agressão contra idosos de 60 a 70 anos nos cuidados dispensado em domicílio, além de casos de imprudência, abandono de cuidado por falta de assiduidade, falsidade ideológica, roubo e indisciplina.

Acredita-se que este estudo possa instigar os profissionais de enfermagem a pensar acerca da sua prática profissional e a respeito das possíveis implicações éticas e legais decorrentes da assistência aos idosos, contribuindo para que a prática de enfermagem seja mais cautelosa e eticamente responsável. Ademais, possibilita a reflexão a respeito das necessidades de cuidados que surgem no cenário atual de envelhecimento populacional e logo, na prática profissional aplicada a essa população.

Contribuição dos autores:

Mayara Cândida Pereira: 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; Iel Marciano de Moraes Filho: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Dirce Bellezi Guilhem: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Thais Vilela de Sousa: b) coleta, análise

e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Joyce Souza Lemes: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Maria Liz Cunha de Oliveira: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- Moraes Filho IM, Carvalho Filha FS, Viana LM. O que é ser enfermeiro? *Rev Inic Cient Ext.* 2019;2(2):69-70.
- Decreto No. 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei No. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 1987 [citado 2020 Mar 15]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
- Mendonça FA, Menezes MV, Amorim SC, Morais FD, Feitosa EM, Lacerda CM. Processo ético de enfermagem no estado do Ceará: reflexão para prática profissional. *Enferm Foco.* 2017;8(2):77-81.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN No. 370/2010. Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolve os profissionais de enfermagem e Aprova o Código de Processo Ético [Internet]. 2010 [citado 2020 Mar 13]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html
- Lei No. 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências [Internet]. 1973 [citado 2020 Mar 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5905.htm
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects 2019 [Internet]. New York: United Nations; 2019 [cited 2020 Mar 15]. Available from: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado 2019 Nov 8]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>
- Adogu P, Ubajaka CF, Emelumadu OF, Alutu CO. Epidemiologic transition of diseases and health-related events in developing countries: a review. *Am J Med Sci.* 2015;5(4):150-7.
- Nunes BP, Batista SR, Andrade FB, Souza Junior PR, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity: the Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev Saúde Pública.* 2018;52 Suppl 2:10s.
- Couto Filho FA, Souza AP. Responsabilidade civil médica e hospitalar: repertório jurisprudencial por especialidade médica, teoria da eleição procedimental, iatrogenia. Belo Horizonte: Del Rey; 2001.
- Schneider DG, Ramos FR. Nursing ethical processes in the State of Santa Catarina: characterization of factual elements. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20(4):744-52.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN No. 593/2018. Normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 8]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-593-2018_66530.html
- Vieira PF, Almeida MA. Humanização da assistência de enfermagem em pacientes idosos. *Rev Inic Cient Ext.* 2020;3(1):371-8.
- Mattozinho FC, Freitas GF. Nursing ethical issues occurring within the State of São Paulo: factual description. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(6):593-600.
- Salmazo-Silva H, Lima-Silva TB, Barros TC, Oliveira EM, Ordóñez TN, Carvalho G, et al. Vulnerability in old age: definition and interventions in the field of gerontology. *Rev Temát Kairós Gerontol.* 2012;15(6):97-116.
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC No. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar [Internet]. 2006 [citado 2020 Mar 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html
- Silva DC, Santos JL, Guerra ST, Barrios SG, Prochnow AG. O trabalho do enfermeiro no serviço de internação domiciliar: visão dos familiares cuidadores. *Ciênc Cuid Saúde.* 2019;9(3):471-8.
- Silveira LR, Ramos FR. Os maiores desafios e dificuldades para realizar o trabalho de fiscal do COREN/SC. *Enferm Foco.* 2014;5(1/2):33-6.
- Queiroz ZP, Lemos NF, Ramos LR. Factors potentially associated to domestic negligence among elders assisted in home assistance program. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(6):2815-24.
- Giacomin KC, Duarte YA, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Care and functional disabilities in daily activities - ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2018;52 Suppl 2:9s.
- Brito TR, Nunes DP, Duarte YA, Lebrão ML. Social network and older people's functionality: health, well-being, and aging (SABE) study evidences. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21 Suppl 2:e180003.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 564/2017. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 15]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2020 Mar 23]. vol. 2. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

RISCO DE INFECÇÃO E MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL: DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Isabelle Maure Pezzin¹
Míriam Fiorese¹
Lorena Barros Furieri¹
Walckíria Garcia Romero¹
Bruno Henrique Fiorin¹
Andressa Bolsoni-Lopes¹

<http://orcid.org/0000-0003-0284-2060>
<http://orcid.org/0000-0002-8560-4385>
<http://orcid.org/0000-0003-3859-2227>
<http://orcid.org/0000-0002-1365-4797>
<http://orcid.org/0000-0002-1629-9233>
<http://orcid.org/0000-0003-1244-5667>

Objetivo: Identificar os sinais e sintomas clínicos, e os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. **Métodos:** Estudo observacional. A coleta de dados foi realizada por dois examinadores e contemplou a caracterização epidemiológica, social, clínica e exame físico. A presença e a frequência dos sinais e sintomas clínicos foram registradas e propiciaram a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia NANDA-I 2018-2020. **Resultados:** Participaram 50 pacientes, sendo predominantemente do sexo feminino, faixa etária entre 30-39 anos e renda mensal de 1,0 a 1,5 salários. E 80% dos pacientes relatam possuir histórico familiar de obesidade. Foram levantados os 16 sinais e sintomas clínicos e os 16 diagnósticos de enfermagem mais frequentes, com destaque para os títulos diagnósticos: riscos de infecção e motilidade gastrointestinal disfuncional. **Conclusão:** O presente trabalho identificou os sinais e sintomas e os diagnósticos de enfermagem mais frequentes de pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, além de realizar o levantamento de importantes dados sociodemográficos, epidemiológicos e da história clínica. Esses achados favorecem a implantação do processo de enfermagem através da facilitação do raciocínio diagnóstico do enfermeiro.

Descritores: Cirurgia bariátrica; Sinais e sintomas; Diagnósticos de enfermagem.

RISK OF INFECTION AND DYSFUNCTIONAL GASTROINTESTINAL MOTILITY: MOST FREQUENT DIAGNOSTICS IN THE POST-OPERATORY OF BARIATRIC SURGERY

Objective: To identify the most frequent clinical signs and symptoms and nursing diagnoses in patients in the immediate postoperative period of bariatric surgery. **Methods:** Observational study. Data collection was performed by two examiners and included epidemiological, social, clinical and physical examination. The presence and frequency of clinical signs and symptoms were recorded and led to the development of nursing diagnoses, according to the NANDA-I taxonomy 2018-2020. **Results:** 50 patients participated, being predominantly female, aged between 30-39 years and monthly income of 1.0 to 1.5 salaries. 80% of patients report having a family history of obesity. The 16 most frequent clinical signs and symptoms and the 16 nursing diagnoses were raised, with emphasis on the diagnostic titles: risks of infection and dysfunctional gastrointestinal motility. **Conclusion:** The present study identified the most frequent nursing signs and symptoms and also nursing diagnoses of patients in the immediate postoperative period of bariatric surgery, in addition to surveying important sociodemographic, epidemiological and clinical history data. These findings favor the implementation of the nursing process by facilitating the nurse's diagnostic reasoning.

Descriptors: Bariatric surgery; Signs and symptoms; Nursing diagnoses.

RIESGO DE INFECCIÓN Y MOVILIDAD GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL: EL DIAGNÓSTICO MÁS FRECUENTE EN EL POST-OPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Objetivo: identificar los signos y síntomas clínicos más comunes y los diagnósticos de enfermería en pacientes en el postoperatorio inmediato de cirugía bariátrica. **Métodos:** estudio observacional. La recopilación de datos fue realizada por dos examinadores e incluyó un examen epidemiológico, social, clínico y físico. La presencia y frecuencia de signos y síntomas clínicos se registraron y condujeron al desarrollo de diagnósticos de enfermería, según la taxonomía NANDA-I 2018-2020. **Resultados:** participaron 50 pacientes, predominantemente mujeres, con edades entre 30-39 años e ingresos mensuales de 1.0 a 1.5 salarios. Y el 80% de los pacientes informan tener antecedentes familiares de obesidad. Se plantearon los 16 signos y síntomas clínicos más frecuentes y los 16 diagnósticos de enfermería, con énfasis en los títulos de diagnóstico: riesgos de infección y motilidad gastrointestinal disfuncional. **Conclusión:** El presente estudio identificó los signos y síntomas de enfermería más frecuentes y los diagnósticos de enfermería de pacientes en el postoperatorio inmediato de cirugía bariátrica, además de encuestar datos importantes de historia sociodemográfica, epidemiológica y clínica. Estos hallazgos favorecen la implementación del proceso de enfermería al facilitar el razonamiento diagnóstico de la enfermera.

Descriptores: Cirugía bariátrica; Signos y síntomas; Diagnósticos de enfermería.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
Autor correspondente: Andressa Bolsoni-Lopes | E-mail: andressalopes1@yahoo.com.br
Recebido: 27/05/2020 - Aceito: 27/01/2021

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença com múltiplas causas, incluindo fatores orgânicos, ambientais, psicológicos, sociais e culturais^{1,2}. O aumento acentuado no número de pessoas com obesidade e síndrome metabólica tem acarretado um incremento na procura por cirurgias bariátricas no Brasil, gerando um crescimento anual médio de 13,5% no número de cirurgias na última década³.

A cirurgia bariátrica é um método eficaz de tratamento para obesidade, visando alcançar perda de peso adequada e duradoura naqueles pacientes que não obtiveram sucesso com as demais possibilidades terapêuticas. Além disso, estudos têm comprovado que esta intervenção, também, contribui para reversão da síndrome metabólica, sendo então, recentemente descrita como cirurgia bariátrica metabólica^{4,5}.

Nas últimas três décadas, esta cirurgia evoluiu de uma era de alta morbimortalidade para um procedimento seguro devido ao aperfeiçoamento das técnicas, como o *sleeve* e o *bypass* em *Y de Roux*, assim como das abordagens terapêuticas pré e pós-procedimento^{4,5}. Apesar disso, a natureza de elevado risco cirúrgico dos pacientes com obesidade torna a cirurgia de alta complexidade, podendo estar relacionada à severas complicações, no qual o pós-operatório imediato é considerado um período crucial para os cuidados emergenciais, intensivos e eletivos^{6,7}.

A abordagem multidisciplinar no pós-operatório tem ganhado relevância e contribuído para a prevenção de eventos adversos e aumento da sobrevida do paciente, afastando e minimizando os riscos de complicações^{7,8}.

O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece maior tempo ao lado do paciente e é o principal responsável por identificar a deterioração clínica e agir, precisa e rapidamente, para evitar e/ou reverter danos. Assim, a assistência de enfermagem prestada aos pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica é capaz de influenciar diretamente os resultados esperados da cirurgia a curto, médio e longo prazo^{7,9}. Para tal, faz-se necessário que o enfermeiro tome posse de conhecimentos na área, compreendendo as necessidades específicas dessa população, tornando-se apto para realização do Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que direciona o cuidado profissional de enfermagem e permite a documentação da prática profissional, estando composto por histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem¹⁰. Adicionado à importância da execução do processo de enfermagem e à relevância do aprimoramento do raciocínio

diagnóstico na prática clínica do enfermeiro. Assim sendo, este estudo teve como objetivo identificar os sinais e sintomas clínicos, e os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica.

MÉTODOS

Estudo observacional de abordagem quantitativa.

Realizado na internação cirúrgica de um hospital de referência no atendimento ao paciente com obesidade no sudoeste do Brasil, de maio a julho de 2018.

Participaram os pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, especificamente de 22 a 24 horas após a cirurgia, as técnicas cirúrgicas empregadas foram *sleeve* ou *bypass* gástrico em *Y-de-Roux*. Amostragem foi por conveniência, na qual foram incluídos aqueles com idade acima de 18 anos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: ter realizado cirurgia bariátrica anteriormente, estar sob efeitos de anestésicos e apresentar ausência de comunicação verbal no momento da entrevista.

A coleta dos dados foi realizada, diretamente e privativamente, com o paciente. Iniciou-se pela aplicação de um instrumento que contempla a caracterização socioepidemiológica e história clínica pregressa do paciente.

A classificação do Grau de Obesidade seguiu as orientações determinadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), utilizando o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) conforme escala: sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m²; obesidade Grau I o IMC 30 a 34,9 kg/m²; obesidade Grau II o IMC 35 a 39,9 kg/m²; obesidade Grau III o IMC maior ou igual a 40kg/m²¹¹. Para a relação cintura/estatura o ponto de corte maior ou igual a 0,5 foi utilizado, já que este valor está comprovadamente relacionado à maior risco cardiovascular e metabólico¹².

O exame físico do paciente foi realizado por dois examinadores, um seguido do outro, ambos com experiência na assistência de pacientes em cirurgia bariátrica, sendo um enfermeiro com título de Doutor e um enfermeiro assistencial do setor de clínica cirúrgica do referido hospital. Em seguida, os examinadores construíram um banco de dados no aplicativo *Microsoft Excel*, no qual foram aceitos como sinais e sintomas clínicos de cada paciente apenas aqueles que estavam em concordância entre os dois examinadores¹³.

Na sequência, foi realizado o mapeamento cruzado entre os sinais e sintomas clínicos registrados no instrumento de coleta de dados de enfermagem com

as características definidoras padronizados no *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)*¹⁴. Este método consiste na identificação de termos que podem ser comparados ou compreendidos a partir de uma linguagem padronizada. Evidenciando que os dados de enfermagem existentes, de diferentes locais, podem ser comparados e adaptados para a linguagem padronizada^{15,16}.

A determinação dos diagnósticos de enfermagem foi realizada de forma processual pelos pesquisadores deste estudo. Portanto, trata-se de uma apreciação científica dos dados, baseado em suas experiências técnico-científicas no tema, e experiências com a utilização de linguagem padronizada da taxonomia NANDA-I^{14,16,17}.

Por fim, aproximadamente sessenta dias após a cirurgia, foi investigado junto aos pacientes, por meio de inquérito telefônico, possíveis intercorrências que culminaram em novas internações por complicações do tardias do pós-operatório.

A análise dos dados está composta de uma análise descritiva, quando as variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. As variáveis métricas foram avaliadas mediante medidas de posição central e variabilidade (média e desvio padrão).

Atendendo às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com parecer número 2.536.371 e CAAE: 79282217.1.0000.5071.

RESULTADOS

No período de coleta de dados, foram realizadas 52 cirurgias bariátricas, nas quais 50 pacientes estavam contemplados nos critérios de inclusão e integraram a amostra desta pesquisa, contudo dois deles foram excluídos por terem realizado cirurgia bariátrica anteriormente. Predominantemente, os pacientes cumpriram o pós-operatório imediato em leitos de internação, porém sete deles estavam em unidade semi-intensiva. O tempo médio de internação foi de 72 horas.

A caracterização sociodemográfica da amostra revela uma predominância de pacientes do sexo feminino (90%, n=45), casados (62%, n=31), com ensino médio completo (54%, n=27), faixa etária entre 30-39 anos (48%, n=24) e renda mensal de 1,0 a 1,5 salários mínimos (40%, n=20); conforme tabela 1.

Na investigação da história clínica pregressa foi possível detectar que 80% (n=40) relatam possuir um ou mais familiares com obesidade. Dentre eles, 45% (n=18) possuem apenas a mãe com obesidade, 20% (n=8) possuem a mãe e o pai, e ainda 55% (n=22) relataram, também, possuir ao

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo: o sexo, estado civil, escolaridade, faixa etária e história familiar pregressa de pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica

Variáveis	n(%) 50(100)
Sexo	
Feminino	45(90)
Masculino	5(10)
Estado civil	
Casado	31(62)
Não casado	19(38)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	17(34)
Ensino Médio	27(54)
Ensino Superior	6(12)
Analfabeto	0(0)
Faixa etária	
20 a 29 anos	2(4)
30 a 39 anos	24(48)
40 a 49 anos	10(20)
50 a 59 anos	9(18)
60 anos ou mais	5(10)
Familiares com obesidade	
Não	10(20)
Sim	40(80)
Apenas a mãe com obesidade	18(45)
Apenas o pai com obesidade	0(0)
Mãe e pai com obesidade	8(20)
Irmãos com obesidade	22(55)
Filhos com obesidade	10(25)
Parceiro com obesidade	
Sim	14(45)
Não	17(55)

N= número de pacientes; % = percentual de pacientes.

menos um parente com obesidade (irmão). Quanto aos descendentes, 25% (n=10) possuem filhos com a doença. Já dentre os pacientes casados, 45% (n=14) possuem parceiro com obesidade (Tabela 1).

Ademais, observou-se que 70% (n=35) da amostra apresentava grau III de obesidade e todos continham a relação cintura/estatura maior do que 0,5 (n=50). Quanto à presença de doenças associadas à obesidade, 56% (n=28)

apresentavam três ou mais comorbidades, sendo a mais prevalente delas a Hipertensão Arterial Sistêmica (74%, n=37), seguido de Diabetes Mellitus (56%, n=28); vide tabela 2.

Tabela 2. Grau de obesidade, relação cintura/estatura e comorbidades apresentadas por pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

Variáveis	n(%)
50(100)	
Grau de Obesidade	
Grau I (IMC 30-34,9)	4(8)
Grau II (IMC 35-39,9)	11(22)
Grau III (IMC ≥40)	35(70)
Relação cintura/estatura	
Maior ou igual à 0,5	50(100)
Menor à 0,5	
Comorbidades	
Sem comorbidades	3(6)
Com 1 comorbidade	7(14)
Com 2 comorbidades	12(24)
3 ou mais	28(56)
Frequência de comorbidades	
Hipertensão Arterial Sistêmica	37(74)
Diabetes Mellitus	28(56)
Hipotireoidismo	11(22)
Colelitíase	11(22)
Insuficiência Venosa	9(18)
Esteatose	9(18)
Hipercolesterolemia	7(14)
Artrose	4(8)

N= número de pacientes; % = percentual de pacientes.

Quando investigadas as possíveis complicações tardias da cirurgia, até dois meses após o procedimento, foi identificado que quatro (8%) pacientes necessitaram buscar serviços de emergência e sofreram nova internação, sendo os motivos: dispepsia; hipovitaminose e desequilíbrio hidroeletrolítico; indigestão, constipação, brida de intestino delgado; e hemorragia tardia em sítio cirúrgico e anemia. Não houve óbitos no período investigado.

Após a realização do exame físico, os sinais e sintomas mais frequentes identificados foram: presença de ferida cirúrgica (100%, n=50), dor abdominal (84%, n=42), restrição de movimento (78%, n=39), manifestação de náuseas (74%, n=37), sensibilidade à dor (72%, n=36), sonolência (60%, n=30), ruídos hidroaéreos hipoativos (58% n=29), palidez (44%, n=22), hiperglicemia hospitalar (42%, n=21), tosse (30%, n=15), hipertensão (28%, n=14), vômito (26%, n=13), taquipneia (24%, n=12), edema (24%, n=12), taquicardia (16%, n=8) e sangramento gastrointestinal (10%, n=5); conforme figura 1.

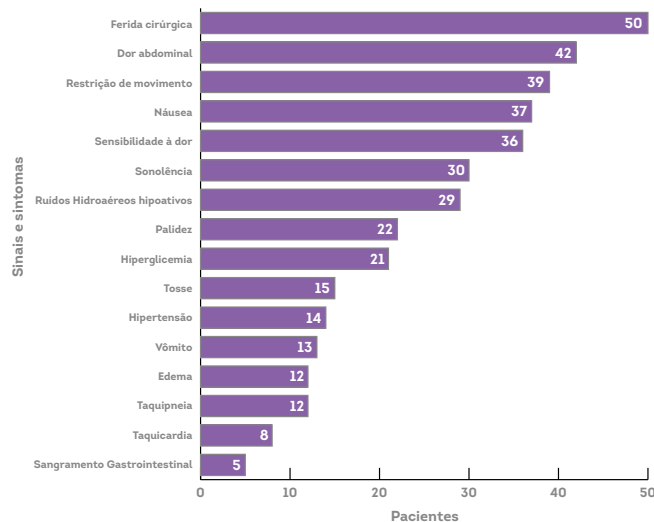


Figura 1. Sinais e sintomas clínicos mais frequentes identificados em pacientes no pós-operatório imediato de Cirurgia Bariátrica

O valor apresentado nas barras corresponde ao número de pacientes.

Também se atentou para a frequência do uso de dispositivos, dentre eles, a sonda vesical de demora 58% (n=29) dos pacientes, cateteres/máscaras de oxigênio 30% (n=15) e cateter venoso periférico 96% (n=48). Ainda, 30% (n=15) da amostra necessitaram do auxílio de enfermagem para o banho de aspersão utilizando cadeira ou banho no leito.

O mapeamento cruzado entre os sinais e sintomas encontrados no exame físico com as características definidoras padronizadas no NANDA-I está apresentado no quadro 1.

Com base nas características definidoras e no uso de dispositivos de saúde foram elencados 16 diagnósticos de enfermagem e quantificado a frequência com que estes diagnósticos aparecem na amostra (Tabela 3). Os mais frequentes foram: Risco de Infecção de Sítio Cirúrgico e Risco de Infecção (100%), seguido de Motilidade gastrointestinal disfuncional (88%), Dor Aguda (84%), Deambulação Prejudicada (78%), Náusea (74%), Conforto prejudicado (72%), Risco de Queda (60%) e Volume de Líquidos Deficiente (50%).

Os diagnósticos listados acima estão compreendidos nos domínios da taxonomia NANDA-I: Atividade e Repouso (cinco diagnósticos distribuídos entre as classes: atividade e exercícios-1, autocuidado-1 e respostas cardiovasculares/pulmonares-3), Segurança e Proteção (quatro diagnósticos distribuídos entre as classes: infecção-2 e lesão física-2), Nutrição (três diagnósticos distribuídos entre as classes: hidratação 2, metabolismo 1), Conforto (três diagnósticos da classe conforto físico) e Eliminação e Troca (um diagnóstico da classe função gastro-intestinal).

Quadro 1. Mapeamento cruzado entre os sinais e sintomas clínicos com as características definidoras da taxonomia da NANDA-I

SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
Ferida cirúrgica	Integridade da pele prejudicada
Dor abdominal	Autorrelato da intensidade da dor usando escala padronizada de dor; Autorrelato da característica da dor usando escala padronizada de dor
Restrição de movimentos-relativo	Capacidade prejudicada de andar
Náuseas	Náusea; Ânasia de vômito
Sensibilidade à dor	Sintoma de sofrimento
Sonolência	Sonolência; Letargia
Ruído Hidroaéreo hipoativo	Diminuída atividade peristáltica Mudança dos ruídos intestinais
Palidez	Hipocorado
Hiperglicemia	Alteração da glicemia
Tosse	Tosse
Vômito	Vômito; Perda ativa de líquidos; Perda de líquidos por vias anormais
Taquipneia	Taquipneia
Edema	Edema
Taquicardia	Taquicardia
Sangramento gástrico	Presença de sangue no vômito
Hipertensão	Hipertensão

DISCUSSÃO

O presente trabalho identificou os sinais e sintomas, e os diagnósticos de enfermagem mais frequentes apresentados por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, além do levantamento de importantes dados sociodemográficos, epidemiológicos e da história clínica.

A amostra do estudo foi, majoritariamente, formada por pessoas do sexo feminino, casadas, faixa etária entre 30 a 39 anos e escolaridade ensino médio. Estes dados corroboram a pesquisa de inquérito nacional, Vigitel-Brasil 2017, que identificou que obesidade atinge principalmente adultos entre 35 e 64 anos, é inversamente proporcional ao grau de escolaridade¹⁸.

Embora o índice de obesidade seja semelhante entre os sexos, as mulheres foram maioria nas cirurgias bariátricas^{3,18,19}. Este achado pode ser justificado pela maior busca ao serviço, uma vez que elas possuem maior consciência dos riscos da obesidade, maior preocupação com a saúde, sobrevivência, vaidade, além de serem mais elegíveis para a cirurgia¹⁹.

Tabela 3. Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes identificados em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, segundo taxonomia da NANDA-I

Diagnósticos de Enfermagem	n(%)
	50(100)
Risco de infecção no sítio cirúrgico (cód. 00266)	50(100)
Risco de infecção (cód. 0004)	50(100)
Motilidade gastrointestinal disfuncional (cód.00196)	44(88)
Dor aguda (cód.00132)	42(84)
Deambulação prejudicada (cód.00088)	39(78)
Náusea (cód. 00134)	37(74)
Conforto prejudicado (cód. 00214)	36(72)
Risco de queda (cód. 00155)	30(60)
Volume de Líquidos Deficiente (cód.00028)	25(50)
Padrão respiratório ineficaz (cód. 00032)	22(44)
Risco de glicemia instável (cód. 00179)	21(42)
Déficit do autocuidado para banho (cód. 00108)	15(30)
Ventilação espontânea prejudicada (cód. 00094)	15(30)
Risco de pressão arterial instável (cód. 00267)	14(28)
Risco de desequilíbrio eletrolítico (cód. 00195)	13(26)
Risco de tromboembolismo venoso (00268)	12(24)

N= número de pacientes; %= percentual de pacientes.

Os mecanismos envolvidos na gênese da obesidade são múltiplos e pesquisas tem comprovado uma propensão diferencial à obesidade no nível individual, nas quais os fatores como genética e epigenética, sexo, idade, microbiota intestinal, ambiente intra-útero e aleitamento materno são apontados por serem responsáveis por essa modulação metabólica^{20,21}.

Este estudo apontou que a maioria dos pacientes possuía histórico familiar de obesidade, em destaque a mãe. Ainda, algumas possuíam filhos obesos. Os resultados corroboram dados da literatura que demonstram que o excesso de peso materno ou a grave restrição dietética na gestação têm impacto na programação de vias metabólicas dos filhos, quanto à adipogênese, lipogênese e lipólise, estando associada a maior risco de obesidade e resistência à insulina em seus descendentes²¹. Recentemente, também, foi sugerido que o DNA mitocondrial, que reflete apenas a linhagem materna contribui para os fenótipos da obesidade²⁰.

Houve predominância de participantes com obesidade grau III, três ou mais comorbidades, com maior prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*. A

obesidade, enquanto disfunção do tecido adiposo, está diretamente relacionada à gênese das doenças cardiovasculares, diabetes, osteoartrite, cânceres, infertilidade, colelitíase, esteatose, transtornos psiquiátricos, dentre outros²².

Valores da relação cintura/estatura superior a 0,5, como o encontrado na totalidade desta amostra, é considerado um bom indicador de obesidade central e parâmetro preditor de risco para doenças cardiovasculares, estando associado a um risco 60-70% maior de hipertensão arterial primária, devido a grande ativação do sistema renina-angiotensina, disfunção endotelial e a ativação simpática^{12,23}.

Além disso, sugere-se que a circunferência da cintura e a relação cintura/estatura possuem correlação ainda mais forte com o desenvolvimento de diabetes do que com o índice de massa corporal isoladamente²⁴.

As intercorrências no pós-operatório de cirurgia bariátrica a curto e médio prazo são previsíveis. Neste estudo houve um percentual de 8% de pacientes que necessitaram de nova internação no período de até dois meses após a cirurgia e nenhum óbito foi reportado. Estudos nacionais demonstram uma média de 4 a 5% de intercorrências em período semelhante, principalmente devido aos casos de fistula pós-operatória, tromboembolismo pulmonar e deiscência em ferida cirúrgica, atingindo uma taxa de mortalidade de até 3%^{25,26}.

Essa pesquisa identificou os 16 sinais e sintomas clínicos mais frequentes apresentados por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, que permitiram o julgamento clínico e eleição de 16 diagnósticos de enfermagem, dos quais se percebe um maior comprometimento da condição de saúde, referente aos domínios da taxomia da NANDA-I, quanto a Atividade e Repouso, Segurança e Proteção, Nutrição, Conforto e Eliminação e Troca.

O Risco de Infecção de Sítio Cirúrgico e Risco de Infecção foram registrados no montante total da amostra, visto que todos os pacientes apresentam ferida cirúrgica e uso de dispositivos, tais como: SVD e cateter venoso periférico. Além disso, estes pacientes são acometidos por doenças crônicas, em especial a obesidade, que promove deterioração da imunidade inata e adquirida, acarretando maior risco de infecções tanto de sítio cirúrgico como de forma sistêmica, associado ao ambiente hospitalar que é colonizado com diversos patógenos²⁷.

Nossos resultados alertam sobre a alta ocorrência de náusea, vômito, hematêmese, dor abdominal e ruídos hidroaéreos hipoativos, que subsidiaram, dentre outros, o julgamento clínico do diagnóstico Motilidade Gastrointestinal Disfuncional, presente na maioria dos pacientes. Além do trauma cirúrgico, da mudança de padrão alimentar e da

imobilidade, as alterações estruturais causadas pela gastrectomia geram consequências na função motora e humoral do trato gastrointestinal, ocasionando hipoatividade gastrointestinal, distensão abdominal, refluxo esofágico, vômito e hipomotilidade da vesícula biliar. Cabe destacar também o risco de acúmulo de sangue na cavidade do estômago e hematêmese^{6,7,14,28}.

Com frequências superiores a 70 %, foram detectados os diagnósticos de enfermagem "Dor Aguda" e "Conforto Prejudicado", que estão associados à dor abdominal e sensibilidade à dor correlacionada com o processo cirúrgico. A dor é considerado o quinto sinal vital e sua avaliação por meio de escalas auxilia o enfermeiro agir coerentemente e avaliar a efetividade das intervenções. Além da dor, certos fatores do ambiente hospitalar podem causar desconforto, e propiciar o aparecimento de sentimentos como medo e insegurança que geram ansiedade⁹.

Outros diagnósticos como Deambulação Prejudicada, Déficit de Autocuidado para Banho e Risco de Queda também foram identificados. No período pós-operatório as pessoas com obesidade demonstram grande dificuldade de mobilidade, comprometimento da força muscular, fadiga e dor, porém a mobilização precoce precisa ser incentivada para prevenção de eventos tromboembólicos e de problemas respiratórios^{26,29}. A observação do enfermeiro a estas condições é crucial para a manutenção da segurança desse paciente.

O Volume de Líquido Deficiente e Risco de Desequilíbrio Eletrolítico estão associados à perda de sangue no intraoperatório, à restrição hídrica e ao vômito/hematêmese no pós-operatório imediato, acentuados por uma dieta restritiva, levando à necessidade de hidratação venosa, controle rigoroso de sinais vitais e balanço hidroeletrólítico⁹.

Foram identificados três diagnósticos da classe das respostas cardiovasculares e pulmonares do NANDA-I, sendo eles o Padrão Respiratório Ineficaz, a Ventilação Espontânea Prejudicada e o Risco de Pressão Arterial Instável, todos com incidências menores que 45%. O que vai de encontro com outros trabalhos realizados no Brasil, que identificaram majoritariamente os diagnósticos pertencentes à classe de respostas cardiovasculares e pulmonares, com incidências superiores a 60%^{13,27,30,31}.

De fato, a estabilidade dos parâmetros cardiovasculares no pós-operatório de bariátrica é um desafio para os profissionais de saúde, sendo este um dos fatores mais prevalentes que levam à internação nas unidades de terapia intensiva^{26,30,32}. O paciente com obesidade geralmente apresenta diversas doenças pulmonares; a expansão

torácica e excursão diafragmática estão comprometidas, existe aumento na resistência das vias aéreas superiores o que pode levar a hipoxemia. Essas alterações pulmonares podem persistir por até duas semanas após a cirurgia, elevando as chances de complicações como a retenção de dióxido de carbono, atelectasia e infiltrado bronco pulmonar³³.

A hiperglicemia (≥ 140 mg/dL) e o diagnóstico Risco de Glicemia Instável também ocorreram de forma frequente, apesar dos pacientes estarem a mais de 24 horas em jejum e sob rigoroso controle medicamentoso. Este sinal clínico pode ser justificado pelo fenômeno da hiperglicemia de estresse, na qual ocorre a elevação da glicose em situações de injúria aguda, como os procedimentos cirúrgicos. Ainda, a participação dos hormônios hiperglicêmicos (glucagon, cortisol e catecolaminas), as soluções intravenosas de glicose e os elevados níveis de ácidos graxos livres, juntos, colaboram para este evento. A hiperglicemia, quando não tratada, tem um impacto negativo na evolução do paciente, elevando morbidade e mortalidade³⁴.

Por fim, o Risco de Tromboembolismo Venoso está fortemente vinculado à própria condição da obesidade e a dificuldade de mobilidade. A trombose venosa profunda, em conjunto com a embolia pulmonar, estão entre as principais causas de morte em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, configurando como as maiores preocupações clínicas envolvendo os pacientes, por isso, todos eles passam por tratamento profilático contra os referidos agravos^{32,35}.

Possíveis limitações versam sobre o momento da coleta de dados, já que, no período do pós-operatório imediato o paciente apresentava-se com dor ou desconforto relacionado ao processo cirúrgico.

Esses achados irão subsidiar evidências clínicas para a seleção de intervenções e implementação dos cuidados de enfermagem neste contexto.

CONCLUSÃO

Este trabalho realizou o levantamento dos 16 sinais e sintomas clínicos e diagnósticos de enfermagem mais frequentes apresentados por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, os quais pertencem aos domínios da taxomia do NANDA-I, Segurança e Proteção, Atividade e Repouso, Nutrição, Conforto, Eliminação e Troca.

E assim revelou que, para além das injúrias de origem cardiopulmonares apresentadas por estes pacientes, o enfermeiro deve, prioritariamente, atentar-se aos riscos de infecção, modificações da motilidade gastrointestinal, conforto físico e distúrbios de origem metabólica e hídrica dos pacientes.

Finalmente, ainda que a cirurgia bariátrica esteja evoluindo para um procedimento mais seguro e eficiente no controle da obesidade e síndrome metabólica, este estudo revela uma série de complicações clínicas apresentadas por essa população e evidenciam a importância do Processo de Enfermagem no manejo do seu pós-operatório.

Contribuição dos autores:

Isabelle Maure Pezzim: 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. Mirian Fiorese: concepção e/ou desenho do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Lorena Barros Furieri: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Walckiria Garcia Romero: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Bruno Henrique Fiorin: coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Andressa Bolsoni-Lopes: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Engin A. The definition and prevalence of obesity and metabolic syndrome. *Adv Exp Med Biol.* 2017;960:1-17.
- Williams EP, Mesidor M, Winters K, Dubbert PM, Wyatt SB. Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *Curr Obes Rep.* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 10];4(3):363-70. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13679-015-0169-4>
- Battistelli C. Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7% [Internet]. 2018 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>
- Phillips BT, Shikora SA. The history of metabolic and bariatric surgery: development of standards for patient safety and efficacy. *Metabolism.* 2018;79:97-107.
- Buchwal H. The evolution of metabolic/bariatric surgery. *Obes Surg* [Internet]. 2014 [cited 2020 May 10];24(8):1126-35. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-014-1354-3>
- Kheirvari M, Nikroo ND, Jaafarinejad H, Farsimadan M, Eshghjoo S, Hosseini S, et al. The advantages and disadvantages of sleeve gastrectomy: clinical laboratory to bedside review. *Heliyon* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 10];6(2):e03496. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7052082/>
- Souche R, de Jong A, Nomine-Criqui C, Nedelcu M, Brunaud L, Nocca D. [Complications after bariatric surgery]. *Presse Med.* 2018;47(5):464-70. French.
- Rebibo L, Maréchal V, De Lameth I, Dhahri A, Escoffier I, Lalau JD, et al. Compliance with a multidisciplinary team meeting's decision prior to

bariatric surgery protects against major postoperative complications. *Surg Obes Relat Dis*. 2017;13(9):1537-43.

9. Steyer NH, Oliveira MC, Gouvêa MR, Echer IC, Lucena AF. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2020 Maio 10];37(1):e5017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100401

10. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFE No. 358/2009. 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]. 2009 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

11. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation [Internet]. 2000 [cited 2020 May 10]. Available from: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

12. Milagres LC, Martinho KO, Milagres DC, Franco FS, Ribeiro AO, Novaes JF. Relação cintura/estatura e índice de conicidade estão associados a fatores de risco cardiometabólico em idosos. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [citado 2020 Maio 10];24(4):1451-61. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401451&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

13. Moreira RA, Caetano JA, Barros LM, Galvão MT. Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [citado 2020 Maio 10];47(1):168-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a21v47n1.pdf>

14. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.

15. Tosin MH, Campos DM, Blanco L, Santana RF, Oliveira BG. Mapeamento dos termos da linguagem de enfermagem na doença de Parkinson. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [citado 2020 Maio 10];49(3):409-16. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000300409

16. Da Silva ER, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed; 2011.

17. Aliti GB, Linhares JC, Linch GF, Ruschel KB, Rabelo ER. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2020 Maio 10];32(3):590-5. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300022

18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf

19. Fuchs HF, Broderick RC, Harnsberger CR, Chang DC, Sandler BJ, Jacobsen GR, et al. Benefits of bariatric surgery do not reach obese men. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2015;25(3):196-201.

20. Oasim A, Turcotte M, de Souza RJ, Samaan MC, Champredon D, Dushoff J, Speakman JR, Meyre D. On the origin of obesity: identifying

the biological, environmental and cultural drivers of genetic risk among human populations. *Obes Rev*. 2018;19(2):121-49.

21. Nicholas LM, Morrison JL, Rattanatray L, Zhang S, Ozanne SE, McMillen IC. The early origins of obesity and insulin resistance: timing, programming and mechanisms. *Int J Obes (Lond)* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 10];40(2):229-38. Available from: <https://www.nature.com/articles/ijo2015178>

22. Fruh SM. Obesity: risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 10];29 Suppl 1:S3-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6088226/>

23. Hall JE, do Carmo JM, da Silva AA, Wang Z, Hall ME. Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. *Circ Res* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 10];116(6):991-1006. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4363087/>

24. Jung SH, Ha KH, Kim DJ. Visceral fat mass has stronger associations with diabetes and prediabetes than other anthropometric obesity indicators among Korean adults. *Yonsei Med J* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 10];57(3):674-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800358/>

25. Kelles SM, Machado CJ, Barreto SM. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo sistema único de saúde ou por operadora da saúde suplementar. *ABCD Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2014 [citado 2020 Maio 10];27(4):261-7. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202014000400261&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

26. Melo SM, Vasconcelos FA, Melo VA, Santos FA, Menezes Filho RS, Melo BS. Cirurgia bariátrica: existe necessidade de internação em unidade de terapia intensiva? *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2009 [citado 2020 Maio 10];21(2):162-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X20090002000008&script=sci_abstract&tlng=pt

27. Santos BN, Novelli e Castro MC, Fontes CM, Dell'Acqua MC. Diagnósticos de enfermagem em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2015 [citado 2020 Maio 10];9(4):7247-54. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/140686/ISSN1981-8963-2015-09-04-7247-7254-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

28. Goitein D, Raziel A, Szold A, Sakran N. Assessment of perioperative complications following primary bariatric surgery according to the Clavien-Dindo classification: comparison of sleeve gastrectomy and Roux-Y gastric bypass. *Surg Endosc* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 10];30(1):273-8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00464-015-4205-y>

29. Sousa TR, Pedroso CF, Ferreira JD. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Ciênc Escola Estadual Saúde Pública Cândido Santiago-RESAP* [Internet]. 2017 [citado 2020 Maio 10];3(3):166-76. Disponível em: <http://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/54/70>

30. Barros LM, Moreira RA, Frota NM, Caetano JA. Identificação dos diagnósticos de enfermagem da classe de respostas cardiovasculares/pulmonares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Aquichan* [Internet]. 2015 [citado 2020 Maio 10];15(2):200-9. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000200004

31. Moreira RA, Barros LM, Rodrigues AB, Caetano JA. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia

bariátrica. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [citado 2020 Mai 10];14(5):960-70. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3629>

32. Penna GL, Vaz PI, Fonseca EC, Kalichshtein M, Nobre GF. Pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em unidade intensiva versus unidade de internação. Estudo retrospectivo com 828 pacientes. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017 [citado 2020 Maio 10];29(3):325-30. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2017000300325&script=sci_abstract&tlng=pt

33. Chait A, den Hartigh LJ. Adipose tissue distribution, inflammation and its metabolic consequences, including diabetes and cardiovascular

disease. *Front Cardiovasc Med* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 10];7:22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7052117/>

34. Gomes PM, Foss MC, Foss-Freitas MC. Controle da hiperglicemia intra-hospitalar em pacientes críticos e não críticos. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2014 [citado 2020 Maio 10];47(2):194-200. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/84702/87413>

35. Yoshida WB. Profilaxia do tromboembolismo venoso em cirurgia bariátrica. *J Vasc Bras* [Internet]. 2017 [citado 2020 Maio 10];16(2):85-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492017000200085

VIOLÊNCIA FÍSICA, ABUSO VERBAL E ASSÉDIO SEXUAL SOFRIDOS POR ENFERMEIROS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Aline Coutinho Sento Sé¹

William César Alves Machado¹

Paulo Sérgio da Silva²

Joanir Pereira Passos¹

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo³

Teresa Tonini¹

Raquel Calado da Silva Gonçalves¹

Nébia Maria Almeida de Figueiredo¹

<http://orcid.org/0000-0001-9301-0379>

<http://orcid.org/0000-0002-2880-0144>

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

<http://orcid.org/0000-0002-6880-4545>

<http://orcid.org/0000-0002-2137-7830>

<http://orcid.org/0000-0002-5253-2485>

<http://orcid.org/0000-0003-0158-5031>

<http://orcid.org/0000-0003-0880-687X>

Objetivo: Identificar os tipos de violência sofridos pelos enfermeiros do APH móvel. **Métodos:** Estudo descritivo. A coleta de dados ocorreu de julho a setembro de 2018, em unidades de atendimento pré-hospitalar, no município do Rio de Janeiro. Utilizou-se questionário contendo perguntas sobre violência no trabalho, respondidos por 67 enfermeiros. Os dados foram analisados a partir de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Identificou-se que 49,2% (n=33) dos participantes sofreram violência física, 86,6% (n=58) abuso verbal e 16,4% (n=11) assédio sexual no ambiente de trabalho. Destacaram-se como autores das violências pacientes e seus familiares, público em geral, superior hierárquico, colegas de trabalho, funcionários de serviços de apoio e traficantes. As violências ocorreram nas vias públicas, residências, comunidades, interior das ambulâncias e bases de atendimento pré-hospitalar. Evidenciou-se predomínio das agressões verbais durante as atividades laborais. **Conclusão:** Faz-se urgente a discussão sobre o fenômeno da violência com a participação de gestores e profissionais para a elaboração de programas institucionais que reconheçam a periculosidade do trabalho pré-hospitalar. Assim como a sensibilização da sociedade, conselhos e sindicatos de classe e órgãos responsáveis voltados à saúde do trabalhador para proteção contra a violência e promoção de um ambiente laboral saudável.

Descritores: Violência no trabalho; Atendimento pré-hospitalar; Enfermeiras e enfermeiros; Saúde do trabalhador.

PHYSICAL VIOLENCE, VERBAL ABUSE AND SEXUAL HARASSMENT SUFFERED BY PRE-HOSPITAL CARE NURSES

Objective: Identify the types of violence suffered by nurses working in mobile pre-hospital care. **Methods:** Descriptive study. Data collection took place from July to September 2018, in pre-hospital care units, in the city of Rio de Janeiro. A questionnaire containing questions about violence at work was used, answered by 67 nurses. The data were analyzed using absolute and relative frequencies. **Results:** It was identified that 49.2% (n = 33) of the participants suffered physical violence, 86.6% (n = 58) verbal abuse and 16.4% (n = 11) sexual harassment in the workplace. Patients and their families, the general public, superiors, coworkers, support service employees and traffickers stood out as authors of the violence. Violences occurred on public roads, homes, communities, inside ambulances and bases for pre-hospital care. There was a predominance of verbal aggressions during work activities. **Conclusion:** There is an urgent discussion on the phenomenon of violence with the participation of managers and professionals for the development of institutional programs that recognize the dangerousness of pre-hospital work. As well as sensitizing society, class councils, unions, and responsible bodies focused on workers' health to protect against violence and promote a healthy work environment.

Descriptors: Workplace violence; Pre-hospital care; Nurses; Worker's health.

VIOLENCIA FÍSICA, ABUSO VERBAL Y ACOSO SEXUAL SUFRIDO POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Objetivo: Identificar los tipos de violencia que sufren los enfermeros que laboran en la atención prehospitalaria móvil. **Métodos:** Estudio descriptivo. La recolección de datos se realizó de julio a septiembre de 2018, en unidades de atención prehospitalaria, en la ciudad de Río de Janeiro. Se utilizó un cuestionario con preguntas sobre violencia en el trabajo, respondido por 67 enfermeras. Los datos se analizaron utilizando frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** Se identificó que el 49,2% (n = 33) de los participantes sufrió violencia física, el 86,6% (n = 58) abuso verbal y el 16,4% (n = 11) acoso sexual en el lugar de trabajo. Destacaron como autores de actos de violencia contra pacientes y sus familias, público en general, superiores jerárquicos, compañeros de trabajo, empleados de servicios de apoyo y traficantes. Las violencias ocurrieron en vías públicas, domicilios, comunidades, dentro de ambulancias y bases de atención prehospitalaria. Hubo un predominio de las agresiones verbales durante las actividades laborales. **Conclusión:** Hay una discusión urgente sobre el fenómeno de la violencia con la participación de gestores y profesionales para el desarrollo de programas institucionales que reconozcan la peligrosidad del trabajo prehospitalario. Además de sensibilizar a la sociedad, los consejos de clase y los sindicatos y los órganos responsables se centraron en la salud de los trabajadores para proteger contra la violencia y promover un entorno laboral saludable.

Descritores: Violencia en el trabajo; Atención prehospitalaria; Enfermeras; Salud del trabajador.

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, DF, Brasil.

²Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro, DF, Brasil.

Autor correspondente: Aline Coutinho Sento Sé | E-mail: aline2506@hotmail.com

Conflitos de interesse: Manuscrito extraído parcialmente da tese "Dimensões reais e subjetivas da violência no trabalho dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel", defendida em 2019, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências - Doutorado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Recebido: 25/06/2020 - Aceito: 27/01/2021

INTRODUÇÃO

A violência no serviço do atendimento pré-hospitalar (APH) móvel, considerado relevante problema de saúde pública em escala mundial, com repercussões principalmente na saúde física e mental dos trabalhadores^{1,2}, é vivenciada frequentemente por profissionais que tripulam ambulâncias, assistindo pacientes com diversos tipos de queixas ou agravos à saúde.

Exercido em algumas regiões do Brasil por integrantes de Corpos de Bombeiros, profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou de empresas privadas, o APH móvel é realizado em ambientes variados, de acordo com a ocorrência de um quadro de emergência e solicitação telefônica^{3,4}. Enfermeiros que atuam nesta área, ao serem acionados para um atendimento, desconhecem o cenário onde estarão inseridos, podendo encontrar riscos camuflados em domicílios, estabelecimentos comerciais e logradouros públicos⁵. Diga-se que estes enfermeiros convivem com o inesperado, e conseqüentemente, estão susceptíveis a diferenciadas formas de violência, tais como: violência física, abuso verbal e assédio sexual⁶.

Evidências científicas atestam que os enfermeiros vivenciam maiores episódios de violência em decorrência do contato direto e constante com os pacientes^{7,8}. Especificamente, as condições de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência apresentam riscos para violência física e verbal em virtude da grande carga de estresse, períodos de trabalho excessivos, desvalorização profissional e carência de recursos humanos^{3,9}, gerando insegurança, insatisfação, baixa realização profissional, vontade de abandonar a profissão, medo¹⁰, estresse e comportamentos violentos, afetando os enfermeiros e as pessoas cuidadas¹¹. Assim como, custos com tratamentos de saúde e acidentes de trabalho^{12,13}.

Baseado nessas acepções, esta investigação apresenta o seguinte objetivo: identificar os tipos de violência sofridos pelos enfermeiros do APH móvel.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, descritivo, realizado com enfermeiros de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, no município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

A pesquisa foi realizada em todas as bases de APH móvel de uma instituição pública, atualmente responsável por atendimentos de urgência e emergência nas vias públicas, residências, comércios, serviços, escolas, locais de prática desportiva, entre outros, no município do Rio de Janeiro e que possuíam ambulância com enfermeiros.

A população foi representada por todos os enfermeiros que atuavam no serviço de APH móvel das unidades investigadas (n=90). Foram excluídos do estudo aqueles que se recusaram a participar (n=13) e que estavam afastados por férias ou licença (n=10). O tempo de atuação no APH móvel inferior há 12 meses tratava-se de um dos critérios de exclusão do estudo, não correspondendo a nenhum participante. A amostra final foi composta por 67 enfermeiros.

Utilizou-se instrumento semiestruturado, orientado por Bordignon e Monteiro¹⁴ para identificação da violência no trabalho sofrida por profissionais de enfermagem. As seções referentes à violência física, abuso verbal e assédio sexual sofreram adaptações para enquadramento no cenário pré-hospitalar.

A primeira adaptação envolveu o trecho “na última vez”, que foi retirado das perguntas 3, 4, 5, 7, 20, 21, 23, 24, 36, 37, 39 e 40 com o objetivo de permitir aos participantes o registro de casos ocorridos nos últimos 12 meses. A segunda adaptação agrupou as perguntas 8 e 9; 24 e 25; e 40 e 41 em “O incidente ocorreu aonde?”. Já com relação as opções de respostas, substituiu-se “centro de saúde”, “outra unidade de pronto atendimento” e “trajeto de trabalho” por “base de atendimento pré-hospitalar”, “residência” e “via pública”, permanecendo as opções “hospital” e “outros”. Na última adaptação do instrumento, as opções referentes à 4ª, 20ª e 36ª respostas, o trecho “chefe e/ou supervisor” foi substituído por “superior”, dada a característica do serviço.

A natureza do serviço do APH móvel, com o acionamento dos trabalhadores a qualquer momento para assistir pessoas em emergência, dificulta o contato com o pesquisador. Assim, os instrumentos foram deixados nas unidades de atendimento, em pastas identificadas, contendo o objetivo do estudo, autorização da instituição para a realização da pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e orientações sobre o preenchimento dos instrumentos. Após 15 dias, as pastas foram recolhidas pelos pesquisadores. O processo para coleta de dados compreendeu o período de julho a setembro de 2018.

Para a análise dos dados, as dimensões quantitativas foram organizadas em planilhas do programa Excel versão 365, objetivadas em frequências absolutas e percentuais, e por fim, representadas em gráficos e tabelas.

Foram observados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e o respeito a recusa e anulação dos dados fornecidos a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, através do TCLE. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Federal do Estado do Rio de Janeiro, aprovado pelo CAAE 86207918.0000.5285 e memorando de aprovação da instituição número 2.706.617, de 11 de junho de 2018.

RESULTADOS

Os resultados dispostos a seguir retratam que dos 67 participantes, 11 (16,4%) do sexo masculino e 56 (83,6%) do sexo feminino, 33 (49,2%) sofreram violência física, 58 (86,6%) abuso verbal e 11 (16,4%) assédio sexual no ambiente de trabalho, nos últimos doze meses que antecederam o estudo, com relatos de múltiplas ocorrências, conforme a tabela 1.

Tabela 1. Violência física, abuso verbal e assédio sexual no trabalho sofridos pelos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel

Frequência da violência sofrida	Violência física n(%)	Abuso verbal n(%)	Assédio sexual n(%)
1 vez	16(48,5)	6(10,4)	6(54,5)
2 vezes	2(6,1)	9(15,5)	1(9,1)
3 vezes	2(6,1)	2(3,5)	-
4 vezes ou mais	6(18,1)	22(37,9)	2(18,2)
Não recorda	5(15,1)	18(31,0)	2(18,2)
Não informou	2(6,1)	1(1,7)	-
Total	33(100)	58(100)	11(100)

Sobre os agentes protagonistas das violências contra os enfermeiros do APH, destacaram-se nas violências físicas os pacientes, nos abusos verbais os familiares dos pacientes e nos assédios sexuais os pacientes e superiores, como evidenciado no figura 1.

No campo, Outros, foram registrados como autores dos abusos verbais médicos dos hospitais de destino (n=12), chefes de equipe (n=2), maqueiros (n=2), médico regulador (n=1), funcionário da central de regulação (n=1), agente de segurança (n=1), agente de trânsito (n=1) e traficante (n=1). No que diz respeito aos assédios sexuais apareceram como autores médico do hospital de destino (n=1) e agente de segurança (n=1).

Com relação ao sexo dos agressores, na violência física e no assédio sexual houve o predomínio do sexo masculino e no abuso verbal ambos os sexos, conforme apresentado na tabela 2.

As agressões físicas e verbais obtiveram destaque no período noturno (n=23 e n=41), seguidos dos horários da manhã (n=11 e n=26) e tarde (n=10 e n=24), respectivamente. Com relação ao local de ocorrência, aconteceram predominantemente nas vias públicas, conforme o figura 2.

Sobre a notificação da violência no trabalho, dos 33 participantes que informaram o sofrimento de violência física, 23 (69,7%) não registraram ocorrido. Dos 10 que registram o fato, 5 (50%) utilizaram um impresso institucional para anotações pertinentes aos atendimentos, 2 (20%) o livro de ordens e ocorrências, 1 (10%) foi até a delegacia, 1 (10%) ao Instituto Médico Legal e 1 (10%) comunicou à Central de Regulação Médica. Apenas 2 (6,1%) enfermeiros informaram ter recebido auxílio após o episódio de violência física, sendo um pelos próprios colegas da ambulância e o outro não informado.

Dos 58 enfermeiros que sofreram abuso verbal, 48 (82,8%) não registraram o fato. Dos 10 participantes que realizaram algum tipo de registro, 5 (50%) utilizaram o impresso institucional para anotações dos atendimentos, 4 (40%) o livro de ordens e ocorrências e 1 (10%) procedeu

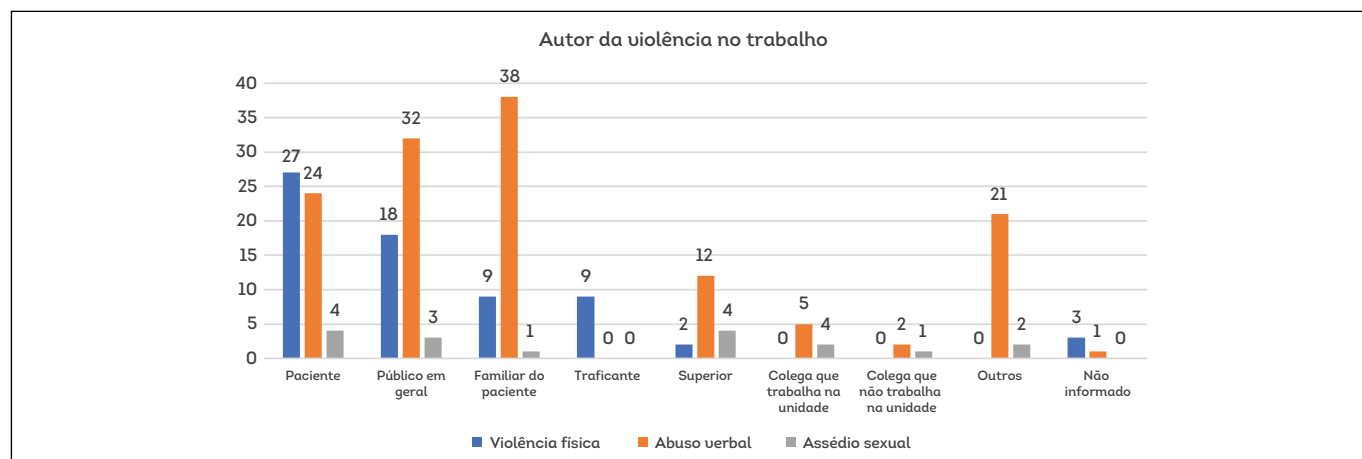


Figura 1. Autor da violência física, abuso verbal e assédio sexual contra os enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel

Tabela 2. Sexo da vítima e do autor da violência física, abuso verbal e assédio sexual

Vítimas do sexo masculino	Violência física		Abuso verbal		Assédio sexual	
	n = 9	%	n = 10	%	n = 1	%
Homem agredido por mulher	1	11,1	1	10	-	-
Homem agredido por homem	6	66,7	2	20	-	-
Homem agredido por homem e mulher	2	22,2	7	70	1	100
Vítimas do sexo feminino	Violência física		Abuso verbal		Assédio sexual	
	n = 24	%	n = 48	%	n = 10	%
Mulher agredida por mulher	5	20,8	9	18,8	-	-
Mulher agredida por homem	16	66,7	11	22,9	10	100
Mulher agredida por homem e mulher	3	12,5	28	58,3	-	-

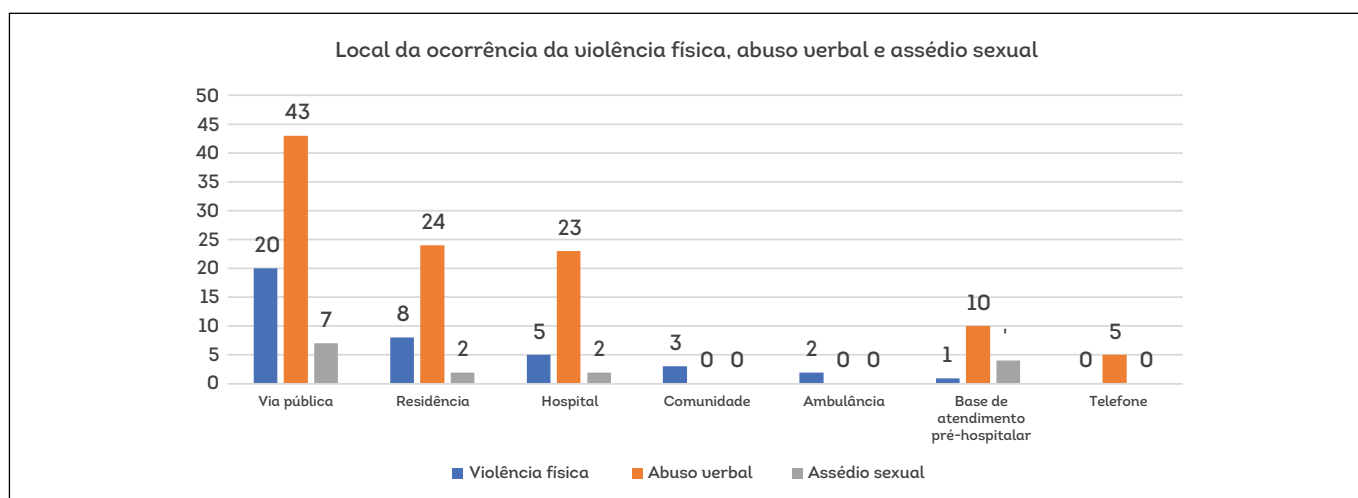


Figura 2. Local de ocorrência da violência física, abuso verbal e assédio sexual contra os enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel

informação verbal à Central de Regulação Médica. Com relação ao recebimento de auxílio após o incidente, 3 (5,2%) enfermeiros afirmaram ter obtido apoio, sendo da equipe de trabalho, coordenador médico e representante funcional da base de APH.

Por fim, dos 11 enfermeiros que informaram o sofrimento de assédio sexual no trabalho, apenas 1 (9,1%) registrou o ocorrido e nenhum recebeu auxílio.

DISCUSSÃO

Emergiram quantitativamente dos dados três dimensões expressivas a serem consideradas: violência física, abuso verbal e assédio sexual. Trata-se de formas explícitas da violência e como elas afetam os enfermeiros que cuidam de pessoas em situações extremas de vida e morte. Os pacientes, familiares dos pacientes e público em geral foram descritos como os principais agressores, com alta taxa de subnotificação dos casos de violência pelas vítimas

que não receberam apoio institucional, médico e psicológico no ambiente de trabalho.

Os enfermeiros do APH móvel afirmaram ter sido vítimas de violência física, com registros de mais de um episódio. Cabe sublinhar que os agentes provocadores foram os pacientes, público em geral, familiar dos pacientes e traficantes, principalmente do sexo masculino. O APH móvel é uma das atividades exercidas com mais frequência pelos enfermeiros no Brasil, que se deslocam em ambulâncias para prestar assistência a pacientes com as mais variadas etiologias.

A violência física no trabalho trata-se de realidade vivenciada também por profissionais de instituições hospitalares e unidades básicas de saúde com destaque para experiências negativas relacionadas ao gênero, função e setor de trabalho¹⁵, gerando preocupação com a possibilidade de violência ocupacional⁶.

Aponta-se o predomínio de agressores do sexo masculino em unidades de atendimento pré-hospitalar¹⁶ e

intra-hospitalar⁶, com maior probabilidade de agressão física por pacientes sob efeito de substâncias ilícitas ou intoxicação por álcool¹⁶.

Quando comparados a outros profissionais da área da saúde, identifica-se maior frequência de violência física contra enfermeiros e paramédicos. Dados que revelam vulnerabilidade à violência ocupacional pelo longo tempo de permanência com os pacientes e por serem os profissionais que realizam diretamente os cuidados e intervenções de saúde¹¹.

Sobre o local de ocorrência da violência física no pré-hospitalar, ocorreram predominantemente em vias públicas. No entanto, houve relato de casos nas residências, hospitais de referências, comunidades, interior da ambulância e bases de APH. Afirma-se que enfermeiros que atuam em vias públicas sofrem incidentes mais violentos pelos atendimentos em localidades com narcotráfico e alto nível de delinquência¹⁷.

A interação com os pacientes^{8,18}, forma utilizada para comunicação, demora na prestação de serviços e cuidados, frustrações dos pacientes com os serviços de saúde, déficit de recursos humanos e insumos insuficientes, tornam-se contribuintes para a ocorrência de violência física no trabalho^{2,19}.

Certamente a discussão sobre os tipos de violências sofridas por enfermeiros do APH convida a pensar nos riscos desencadeantes para a saúde física, mental, bem como nas ameaças à integridade profissional e social provocadas durante o atendimento ao paciente²⁰. Neste particular, o abuso verbal foi o tipo de violência de maior destaque.

Ao todo, 58 (86,6%) enfermeiros informaram ter sido vítimas de abuso verbal nos últimos doze meses que antecederam a coleta de dados. Valores inferiores, mas não menos importante, foram encontrados em estudo realizado com 592 enfermeiras de Gana, onde se obteve registro de abuso verbal por 312 (52,7%) participantes²¹. Assim como, pesquisa realizada com 903 trabalhadores na Itália, com 363 (40,2%) vítimas de agressão verbal¹⁵.

No que tange aos tipos de violência, a literatura aponta maiores registros de abusos verbais quando comparados aos casos de violência física^{6,8,10,21-24}, materializada em gritos, juras, ameaças e uso de expressões depreciativas¹⁰. Diagnóstico preocupante, pois como o abuso verbal não deixa marcas visíveis pode ser banalizado pela vítima, companheiros de equipe, supervisores ou gestores⁸. A cultura do silêncio cronifica sentimentos negativos de medo, tristeza e temor, comprometendo a saúde e favorecendo o desenvolvimento de doenças relacionadas à violência no trabalho.

Sobre a autoria do abuso verbal sofrido pelos enfermeiros do APH, destacaram-se os familiares dos pacientes, público em geral e os próprios pacientes. Dados equivalentes a estudos realizados na Argentina, Itália, Irã, Gâmbia, Jordânia e Chile²⁵⁻²⁷. Foram registrados também abuso verbal por parte de superiores, colegas que trabalhavam na unidade, colegas que não trabalhavam na unidade, médico regulador, médicos dos hospitais de destino, chefes de equipe, maqueiros, membro da central de regulação, agente de segurança, agente de trânsito e traficante.

Com relação ao sexo do agressor e ao sexo da vítima, os trabalhadores tanto femininos quanto masculinos foram mais abusados verbalmente por homens e mulheres, seguido de agressão só por homem e só por mulher. Resultados diferentes aos encontrados na literatura onde predominam agressores masculinos^{6,12,22,28}.

A terceira e última dimensão da violência investigada, diz respeito ao assédio sexual, registrado por 11 (16,4%) enfermeiros, em vias públicas, bases de APH, residências e hospitais, tendo como perpetrador superiores, pacientes, público em geral, colega que trabalhava na unidade, colega que não trabalhava na unidade, familiar do paciente, médico do hospital de destino e agente de segurança. As mulheres informaram ter sido assediadas exclusivamente por homens e o único homem que informou assédio sexual relatou que foi assediado por ambos os sexos.

Pesquisa identificou prevalência de assédio sexual em 12,8% (n=31) de trabalhadores de enfermagem intra-hospitalar, com registros de ocorrências de duas vezes ou mais agressões, em doze meses, por colegas de trabalho, chefes, supervisores, pacientes e familiares de pacientes, principalmente no período noturno⁶. Evidenciou-se em outro estudo que profissionais da área da saúde haviam sofrido mais de três assédios sexuais em um ano²².

Estudo com enfermeiras descreveu falas obscenas, pedidos ilegítimos com comportamento indecente, distância física inadequada de paciente e/ou familiares com toque corporal, exibição de imagens obscenas através de celulares ou laptops durante o cuidado de enfermagem e olhares maliciosos¹³.

Ainda com relação ao assédio sexual, estudo realizado em hospitais públicos da África, sobre a prevalência de violência no local de trabalho, encontrou registro de 72 (12,2%) assédios sexuais sofridos por enfermeiras²¹. Danos psicológicos, estresse pós-traumático, sentimento de impotência, estado de alerta constante, memórias recorrentes dos incidentes, degradação e desejo de deixar a profissão podem ser consequências ao sofrimento de assédio sexual²⁹⁻³¹.

Com relação ao ambiente de trabalho, pesquisa sobre o perfil da Enfermagem no Brasil destacou que 23,9% dos enfermeiros haviam sofrido violência no trabalho e que 70% se sentem desprotegidos no seu ambiente de trabalho por conta da violência instalada. Enfatizando um cenário laboral inseguro, estressante e provocador de medo³².

Sobre registro das violências, evidenciou-se subnotificação de acordo com os dados produzidos pelos participantes. Das violências físicas, somente 30,3% foram registradas, seguida de 17,2% de abusos verbais, e com percentual ainda mais baixo, os assédios sexuais com 9,1%. Valor inferior foi encontrado em estudo realizado no Chile, onde nenhum enfermeiro vítima de violência física notificou o ocorrido, apesar de reconhecerem que existem medidas para denunciar esse tipo de evento no seu local de trabalho¹⁷.

A subnotificação das agressões verbais pode estar relacionada às sentenças legais mais brandas a este tipo de ocorrência, ausência de punições aos agressores, muitas vezes, limitando-se a repreensões verbais. O trabalhador que sofre o abuso entende não valer a pena o registro⁸, e o agressor se sente encorajado e livre para agredir verbalmente à vítima^{17,26}. Somado ao fato de que as lesões ou consequências da violência verbal não são visíveis¹¹ e a percepção variável que os enfermeiros têm da violência no seu local de trabalho¹³.

A maioria dos enfermeiros informou que as notificações foram realizadas em impresso institucional para anotações sobre os atendimentos e no livro de ordens e ocorrências, instrumentos internos preenchidos pelas equipes de serviço. Especificamente, no cenário de estudo, os livros de ordens e ocorrências são lidos somente pelos colegas de trabalho que compõe a equipe da ambulância e os impressos institucionais para anotações sobre os atendimentos arquivados em setores destinados a este fim, quinzenalmente. Diferentemente de dados apresentados por pesquisa realizada no Paraná – Brasil, com registro dos atos violentos sofridos por enfermeiros em delegacias através de Boletim de Ocorrência¹⁹.

A forma de registro adotada impede a disseminação da informação, notoriedade dos casos e conhecimento do ocorrido pelos gestores e autoridades competentes e pode ser a causa para a baixa prevalência de apoio institucional e assistência médica ou psicológica após o sofrimento de violência no trabalho

Sabe-se que, falar sobre as formas de violência sofridas no trabalho pode não ser fácil, pois em algumas situações os agressores são colegas de profissão, gestores ou

superiores, mantendo-se então o silêncio⁸ pelo receio de represárias, perseguição ou punição.

Os resultados encontrados neste estudo causam inquietude frente ao número de enfermeiros, que no exercício da sua função, são violentados e não recebem apoio institucional, físico e/ou emocional. Acredita-se ser fundamental a estruturação de um ambiente de trabalho seguro, com condições favoráveis para a prestação de serviço à população e manutenção da saúde dos trabalhadores do APH, com o mínimo de riscos e exposições.

Por ter sido realizado somente com trabalhadores das bases de APH do município do Rio de Janeiro, os resultados devem ser tratados com certa cautela porque podem não representar a realidade vivenciada por profissionais de outras localidades e instituições. Pelo fato de o estudo contemplar perguntas relacionadas a um período de 12 meses, as respostas dos participantes podem apresentar viés de memória. E por fim, os incidentes violentos e suas características não foram testados estatisticamente para verificação de significância.

Este estudo contribui para divulgar que os enfermeiros do APH sofrem violência no trabalho, potencializando reflexões sobre a segurança do trabalhador, necessidade de criação de espaços para registro e discussão das ocorrências e tratamento especializado aos profissionais expostos.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou os tipos de violência sofridos pelos enfermeiros do APH. Trabalhadores expostos a violências físicas, abusos verbais e assédios sexuais durante suas atividades laborais, presentes em diversos cenários de cuidar, desde vias públicas até o interior das ambulâncias.

Como principais autores da violência, destacaram-se os pacientes, familiares dos pacientes e público em geral. A subnotificação dos casos de violência pelas vítimas foi uma problemática identificada, bem como, a falta de apoio institucional, médico e psicológico aos vitimizados pela violência no ambiente de trabalho.

Mediante ao exposto, constatou-se que a violência no APH é real e latente. Faz-se urgente a discussão sobre o fenômeno com a participação de gestores e profissionais para a elaboração de programas institucionais que reconheçam a periculosidade do trabalho pré-hospitalar e assegurem estratégias administrativas e ações para minimizar o risco de os trabalhadores sofrerem violência física, abuso verbal e assédio sexual. Assim como a sensibilização da sociedade, conselhos e sindicatos de classe e órgãos responsáveis voltados à saúde do trabalhador para proteção contra a violência e promoção de um ambiente laboral saudável.

Contribuição dos autores:

ACSS, WCAM e NMAF, concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica, revisão final. PSS,

JPP, STCA, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica. TT, RCSG, redação do artigo, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

- Pereira CA, Borgato MH, Colíchi RM, Bocchi SC. Estratégias institucionais de prevenção à violência no trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2020 Fev 10];72(4):1109-17. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000401052&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Scaramal DA, Haddad MC, Garanhaní ML, Nunes EF, Galdino MJ, Pissinatti PS. Violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares: percepções de trabalhadores de enfermagem. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2020 Fev 28];21:e-1024. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1024.pdf>
- Malvestio AA, Behringer LP, Martuchi SD, Fonseca MA, Silva L, Souza EF, et al. Enfermagem em práticas avançadas no atendimento pré-hospitalar: oportunidade de ampliação do acesso no Brasil. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar 21];10(6):157-64. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2594/666>
- Dornelles C, Novack BC, Silva JR, Amestoy SC. As dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. *Rev Gest Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2020 Abr 20];8(3):453-67. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10319>
- Sé AC, Silva TA, Figueiredo NM. Ambientes do cuidar e a síndrome de burnout: um estudo com enfermeiros do pré-hospitalar. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 15];31(3):e17931. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17931/15034>
- Tsukamoto SA, Galdino MJ, Robazzi ML, Ribeiro RP, Soares MH, Haddad MC, et al. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e fatores associados. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 10];32(4):425-32. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000400425
- Sun P, Zhang X, Sun Y, Ma H, Jiao M, Xing K, et al. Workplace violence against health care workers in north Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *Int J Environ Res Health Public* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 5];14(1):96. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5295346/>
- Fernandes AS, Sá L. Riscos psicossociais dos profissionais de socorro: a violência em contexto pré-hospitalar. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 2019 [citado 2020 Fev 15];4(21):131-42. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000200013
- Angelim RC, Rocha GS. Produção científica acerca das condições de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online* [Internet]. 2016 [citado 2020 Fev 25];8(1):3845-59. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2016/r83845.php>
- Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M. Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 2];40(3):218-28. Available from: <https://www.dir.ca.gov/OSHSB/documents/Workplace-Violence-Prevention-in-Health-Care-IncidenceCostNurseWorkplaceViolence.pdf>
- Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Prevalencia de violencia fisica, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados. *Rev Med Chile* [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 8];146(6):727-36. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000600727
- Chagoyen Barroso T. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del hospital Universitario Virgen del Rocio de Sevilla. *Med Segur Trab* [Internet]. 2016 [citado 2020 Mar 18];62(242):25-48. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2016000100005
- Najafi F, Fallahi-Khoshknab M, Ahmadi F, Dalvandi A, Rahgozar M, et al. Human dignity and professional reputation under threat: Iranian Nurses' experiences of workplace violence. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 19];19(1):44-50. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.12297>
- Bordignon M, Monteiro MI. Validade aparente de um questionário para avaliação da violência no trabalho. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2020 Mar 19];28(6):601-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002015000600601&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Terzoni S, Ferrara P, Cornelli R, Ricci C, Oggioni C, Destrebecq A. Violence and unsafety in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers. *Med Lav* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 9];106(6):403-11. Available from: <https://www.mattioli1885journals.com/index.php/lamedicinadellavoro/article/view/4659/3653>
- Wang PY, Fang PH, Wu CL, Hsu HC, Lin CH. Workplace violence in Asian Emergency Medical Services: a pilot study. *Int J Environ Res Health Public* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 19];16(20):3936. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6843119/>
- Rodríguez Campo VA, Paravic Klijn TM, Rubilar UD. Percepción de violencia física y factores asociados en profesionales y técnicos paramédicos en la atención prehospitalaria. *Index Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2020 Abr 11];24(1-2):10-4. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100003
- Almeida RB, Álvares AC. Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. *Rev Inic Cient Ext* [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 15];2(4):196-207. Disponível em: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/256>
- Oliveira CS, Martins JT, Galdino M.J, Perfeito RR. Violence at work in emergency care units: nurses experiences. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 20];28:e3323. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3323.pdf
- Hassankhani H, Parizad N, Gacki-Smith J, Rahmani A, Mohammadi E. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2018;39:20-5.
- Boafo IM. The effects of workplace respect and violence on nurses job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. *Hum Resour Health* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 15];16:6. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-018-0269-9>

22. Dal Pai D, Sturbelle IC, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 25];27(1):e2420016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e2420016.pdf>
23. Kaeser D, Guerra R, Keidar O, Lanz U, Moses M, Kobel C, et al. Verbal and non-verbal aggression in a swiss university emergency room: a descriptive study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 11];15(7):1423. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069438/>
24. Miranda FS, Garcia DF, Barreto MR. Situação constrangedora envolvendo profissionais das unidades básicas de saúde do município de Porto Velho/Rondônia. *Enferm Foco* [Internet]. 2011 [citado 2020 Mar 08];2 Supl:94-7. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/92>
25. Albashtawy M, Al-Azzam M, Rawashda A, Batiha AM, Bashaireh I, Sulaiman M. Workplace violence toward emergency department staff in Jordanian hospitals: a cross-sectional study. *J Nurs Res* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 18];23(1):75-81. Available from: https://journals.lww.com/jnr-twna/Fulltext/2015/03000/Workplace_Violence_Toward_Emergency_Department.12.aspx
26. Rodríguez Campo VA, Paravic Kljtn TM. Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services, Chile. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 11];25:e2956. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100413&script=sci_arttext&tlng=pt
27. Sisawo EJ, Ouédraogo SY, Huang SL. Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 11];17(1):311. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2258-4>
28. Viottini E, Politano G, Fornero G, Pavanelli PL, Borelli P, Bonaudo M, et al. Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 1];20(1):215. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05084-x>
29. Schablon A, Wendeler D, Kozak A, Nienhaus A, Steinke S. Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany - A survey. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 8];15(6):1274. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025092/>
30. Bordignon M, Monteiro MI. Predictors of nursing worker's intention to leave the work unit, health institution and profession. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 2];27:e3219. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100400&script=sci_arttext
31. Worm FA, Pinto MA, Schiavenato D, Ascari RA, Trindade LL, Silva OM. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 [citado 2020 Abr 2];7(2):1288-96. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732016000200006&script=sci_abstract&tlng=pt
32. Machado MH, coordenadora. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz; 2017.

PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES QUE DESEMPENHARAM PAPÉIS DE PACIENTES SIMULADOS (ROLE PLAY) EM ATIVIDADES CLÍNICAS SIMULADAS

Paulo Eduardo de Souza Crescêncio¹

Vander Monteiro da Conceição²

Rafael Arruda Alves³

Raphael Raniere de Oliveira Costa⁴

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida⁵

Alessandra Mazzo¹

<https://orcid.org/0000-0002-7450-4768>

<https://orcid.org/0000-0003-0972-0795>

<https://orcid.org/0000-0002-8762-1883>

<https://orcid.org/0000-0002-2550-4155>

<https://orcid.org/0000-0002-4984-3928>

<https://orcid.org/0000-0001-5074-8939>

Objetivo: Identificar as percepções positivas e negativas dos estudantes que desempenharam papéis de pacientes simulados (*role play*) em atividades clínicas simuladas. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo pesquisa-ação. O estudo foi realizado com 16 participantes dos cursos de medicina e enfermagem que vivenciaram o papel de paciente simulado após uma simulação de múltiplas vítimas. Os dados foram coletados por questionário semiestruturado após autorização ética. Para a análise dos dados, foi utilizada técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Os sentimentos positivos experimentados e relatados foram quanto ao: o realismo, o aprendizado, a empatia, o entusiasmo, a tranquilidade, a observação da equipe e a segurança. Os sentimentos negativos mais identificados foram a ansiedade, a apreensão/aflição, a falta de empatia, o desconforto, a angústia, a fragilidade, o desconhecido, o desespero e a insegurança. **Conclusão:** Ao vivenciar o papel de paciente simulado (*role play*) em práticas clínicas simuladas os estudantes experimentam sentimentos positivos e negativos, como se fossem paciente real, o que contribui para humanizar o atendimento em saúde.

Descritores: Simulação; Enfermagem; Educação em enfermagem; Paciente simulado.

PERCEPTION OF STUDENTES WHO PARTICIPATED ROLE PLAYS OF SIMULATED PATIENTS IN SIMULATED CLINICAL ACTIVITIE

Objective: To identify the positive and negative perceptions of students who participated role plays of simulated patients in simulated clinical activitie.

Methods: This is a descriptive, qualitative, research-action study. The study was carried out with 16 participants of medical and nursing courses who experienced the role of a simulated patient after a simulation of multiple victims. Data were collected trough a semi-structured questionnaire after ethical authorization. For data analysis, a content analysis technique was used. **Results:** The positive feelings experienced and reported were as to: realism, learning, empathy, enthusiasm, tranquility, team observation and security. The most identified negative feelings were anxiety, apprehension, lack of empathy, discomfort, anguish, fragility, the unknown, despair and insecurity. **Conclusão:** When experiencing the role play in simulated clinical practices, students experience positive and negative feelings, as if they were real patients, which contributes to their learning to humanize health care.

Descriptors: Simulation; Nursing; Nursing education; Simulated patient.

PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES QUE DESEMPEÑARON PAPEL DE PACIENTES SIMULADOS EN ACTIVIDADES CLÍNICAS SIMULADAS

Objetivo: Identificar las percepciones positivas y negativas de los estudiantes que desempeñaron papel de pacientes simulados (*role play*) en actividades clínicas simuladas. **Métodos:** Estúdio descriptivo, cualitativo, de investigación-acción. El estúdio se realizó con 16 participantes de cursos de medicina y enfermería que experimentaron el papel de un paciente simulado después de una simulación de múltiples víctimas. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario semiestructurado. Seguíó todos los aspectos éticos. Para el análisis de datos, se utilizó una técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Los sentimientos positivos experimentados e informados fueron: realismo, aprendizaje, empatía, entusiasmo, tranquilidad, observación del equipo y seguridad. Los sentimientos negativos más identificados fueron ansiedad, aprensión/angustia, falta de empatía, incomodidade, fragilidade, lo desconocido, desesperación y inseguridad. **Conclusión:** Al experimentar el rol de paciente simulado (*role play*) en prácticas clínicas simuladas, los estudiantes experimentan sentimientos positivos y negativos, como si fueran pacientes reales, lo que contribuye a su aprendizaje para humanizar el cuidado de la salud.

Descriptoros: Simulación; Enfermería; Educación en enfermería; Paciente simulado.

¹Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, Brasil.

³Secretaria Municipal de Saúde de Baurú, SP, Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

⁵Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, MS, Brasil.

Autor correspondente: Raphael Raniere de Oliveira Costa | E-mail: raphaelraniere@hotmail.com

Recebido: 04/05/2020 - Aceito: 27/12/2020

INTRODUÇÃO

O uso de simulação clínica tem sido cada vez mais valorizado no âmbito da educação da área da saúde, tanto ao currículo de graduação como na capacitação de profissionais. Se propõe a replicar cenários reais de aprendizado, em ambientes controlados, estimulando o desenvolvimento do pensamento crítico, da avaliação clínica, da tomada de decisão o que traz ganhos a futura prática assistencial. Nas experiências clínicas simuladas, os aprendizes podem cometer erros, refletir sobre os mesmos e corrigi-los, num ambiente seguro, que leva a autoconfiança, autonomia e independência¹⁻³.

Estudos também apontam que a simulação clínica permite uma melhor fixação dos conhecimentos teóricos, permite relacionar teoria e prática, identificar potencialidades e fragilidades que podem ser desenvolvidos no processo de ensino e aprendizagem, refletir sobre a ação, errar e aprender com os erros, promover satisfação e autoconfiança na aprendizagem, e preparar o aprendiz para a prática profissional⁴⁻⁷.

Na prática clínica simulada, a depender dos objetivos de aprendizagem, podem ser utilizados vários recursos, que vão desde a dramatização ao uso de simuladores avançados de altas tecnologias, os quais incorporam informática e robótica^{3,8}. A dramatização pode ser definida como uma representação teatral determinada por um foco ou tema no qual os participantes emergem em uma situação ficcional e agem como se fossem outras pessoas ou outros seres ficcionais. Originou-se nos países anglo-saxões e tem sido difundida no Brasil nas últimas décadas^{3,9}. A atividade do Drama está agrupada na interação com o contexto e circunstâncias diversas, em que os participantes adotam papéis e vivem personagens distintos, assumindo domínio da situação¹⁰.

Estudos têm demonstrado que o uso da dramatização possibilita ao estudante contemplar problemas e experiências relacionando a teoria e a prática, descrever e desconstruir, o que leva a aprendizagens significativas. Possibilita também promover conscientização pessoal, expressões criativas e pensamentos críticos entre os alunos quando o aprendizado envolve suas emoções¹¹. Na dramatização utilizada em simulação clínica, há diferentes tipos de técnicas a serem exploradas, entre as quais podemos destacar o *role play* ou jogo de papéis, o uso de pacientes simulados (*simulated patients*), de pacientes padronizados (*standardized patients*) e os modelos mistos¹².

A estratégia *role play* ou troca de papéis, consiste em uma situação em que o educando, educador e/ou instrutor desempenham diferentes papéis dentro do cenário

simulado para fins de ensino e de treinamento, possibilitando experienciar diferentes emoções. Essa atividade necessita de um preparo adequado para que seja eficaz e há recomendações para obter êxito, sendo resumidas: boa preparação, designar casos desafiadores, envolver os estudantes na preparação, realizar o *feedback* da atividade, estimular a reflexão e manter o senso de humor^{13,14}. Por permitir a vivência nos casos clínicos, essa estratégia fornece oportunidades de aprendizagem, envolvendo tanto o processo afetivo, quanto o cognitivo do educando^{3,12}.

O drama auxilia os aprendizes a desenvolver sua confiança, autoestima, habilidades de gerenciamento e de trabalho em grupo, pois permite, experimentar diferentes papéis e explorar sua vulnerabilidade individual em um ambiente seguro, possibilitando individualmente descobrir maior auto compreensão, sendo vital para o crescimento pessoal¹¹. Pode conter explicações de ideias, argumentos, conceitos e o estudo de caso de relações humanas¹³.

Em simulação clínica, o *role play* é um dos recursos utilizados para o desenvolvimento de habilidades procedimentais e atitudinais, permitindo que os conhecimentos ensinados ao estudante sejam posteriormente aplicados em contexto semelhante aos vivenciados na prática real³.

No contexto brasileiro, há uma lacuna na literatura sobre os estudos de percepções relacionadas as experiências clínicas simuladas e o uso da dramatização, especialmente quanto esta é desempenhada pelos próprios aprendizes. É válido destacar que os custos para a manutenção de atores profissionais em centros de simulação, principalmente em universidades públicas, é bastante elevado e pode inviabilizar o uso da simulação clínica nos currículos da área da saúde. Em algumas realidades, o aprendiz é convidado - voluntariamente - a vivenciar, enquanto ator, experiências simuladas materializadas em um cenário de simulação.

Compreender a percepção de sujeitos que participam de atividades clínicas simuladas - enquanto paciente simulado - é de fundamental importância para que estas variáveis contribuam no processo de capacitação dos mesmos para experiências semelhantes, para apreender o quão tais experiências contribuem para a sua formação acadêmica, e para que estratégias de apoio possam ser pensadas e estabelecidas - uma vez que estas experiências podem causar diferentes repercussões. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo identificar as percepções positivas e negativas dos estudantes que desempenharam papéis de pacientes simulados (*role play*) em atividades clínicas simuladas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação¹⁴⁻¹⁹.

Para se acessar o fenômeno em estudo, foi ofertado uma sessão de simulação clínica de atendimento a múltiplas vítimas, na qual os pacientes simulados eram estudantes de cursos de graduação na área da saúde de duas universidades do interior paulista, uma pública e outra privada.

A sessão simulada foi organizada por três instituições, uma instituição de ensino superior (IES) pública, por um serviço de atendimento móvel (SAMU) e por um grupamento de corpo de bombeiros, todos situados no mesmo município onde a pesquisa foi desenvolvida.

Dos 24 participantes, 16 fizeram parte do *corpus*. Como critério de inclusão estabeleceu-se: estar devidamente matriculado um curso de graduação em enfermagem ou medicina nas IES locais do estudo; ter sido paciente simulado na simulação de atendimento a múltiplas vítimas; e ser maior de 18 anos. Não participaram da pesquisa estudantes que mesmo atendendo aos critérios de inclusão estabelecidos apresentaram-se desconfortáveis em expor sua experiência como paciente simulado.

Os estudantes foram convidados via coordenação de seus respectivos cursos para participarem do simulado. Aqueles que aceitaram participar da atividade foram aleatoriamente distribuídos entre as funções de “paciente simulado” e “avaliadores”. Ambos os grupos participaram de uma reunião com a coordenação do evento, na qual receberam as instruções da atividade, horário, público alvo, vestimentas adequadas, sendo que o grupo de “pacientes simulados” receberam um *script* do papel de paciente que deveriam desempenhar. Na sequência, todos, receberam treinamento e *moulage*.

O evento contou com 24 casos simulados de média e de alta complexidade. Todos os casos eram atendimentos por equipe interdisciplinar (bombeiros, enfermeiros, médicos, condutores e técnicos de enfermagem). No dia do evento, já com vestimentas adequadas, os estudantes “avaliadores”, realizaram a *moulage* dos “pacientes simulados”. Na sequência todos foram posicionados no estádio de futebol onde o evento ocorreu e posteriormente participaram da atividade proposta.

A atividade constou da explosão de uma bomba no estádio, sequenciada pelo atendimento do SAMU e Corpo de Bombeiros. Nesse atendimento os estudantes que desempenhavam o papel de paciente simulado foram retirados do estádio pelo Corpo de Bombeiros, colocados em área de classificação de risco, receberam os primeiros atendimentos dos profissionais do SAMU e na sequência foram

direcionados para um serviço de hospitalar. Nesse etapa o simulado foi interrompido.

Os “pacientes simulados” que apresentaram interesse na participação deste estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e manifestaram seu aceite através da anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, os participantes responderam a um instrumento como a seguinte questão norteadora: “*quais os pontos positivos e negativos experimentados como paciente simulado?*” e características sociodemográficas: idade, sexo, curso e período, experiências prévias com simulação e papel vivenciado como paciente simulado.

Os dados qualitativos foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo. Esta abordagem estrutural também conhecida como técnica de análise de caráter dedutiva permite a análise de dados de pesquisa cuja questões de investigação são previamente definidas. Os achados obtidos foram categorizados para a interpretação dos resultados. Na sequência, foram relacionados em unidades de significância e foram agrupadas em unidades contextuais, nas quais constam trechos das falas dos participantes¹⁸.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, e possui CAAE: 04253318.1.0000.5393. Destaca-se que todos os princípios e diretrizes propostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados. Os nomes dos participantes desta investigação foram substituídos por símbolos alfanuméricos garantindo assim seu anonimato.

RESULTADOS

Dos 16 estudantes que participaram do estudo a maioria era do o sexo feminino, com idades entre 19 e 42 anos. O Quadro 1 apresenta a caracterização dos sujeitos de acordo com sexo, idade, curso, e período do curso.

O Quadro 2 apresenta as respostas dos sujeitos quanto à experiências anteriores laboratoriais, experiências anteriores em cenários simulados e o tipo de paciente simulado vivenciado no evento.

Por meio da análise de conteúdo das respostas recebidas dos estudantes, os dados foram organizados em grupos de unidades de significância e unidades contextuais. Tais resultados encontram-se no Quadro 3.

Os dados relacionados aos sentimentos negativos dos sujeitos experimentados na atividade estão descritos no Quadro 4, também na forma de unidades de significância e unidades contextuais.

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos quanto ao sexo, idade, curso, e período de curso

Sujeitos	Sexo	Idade	Curso	Período de Curso
1	F	19	Medicina	3º
2	F	21	Medicina	3º
3	M	27	Medicina	3º
4	M	19	Medicina	3º
5	F	24	Medicina	3º
6	M	20	Medicina	3º
7	F	22	Medicina	3º
8	F	43	Enfermagem	10º
9	F	25	Enfermagem	10º
10	F	28	Enfermagem	10º
11	F	24	Enfermagem	10º
12	F	35	Enfermagem	10º
13	F	23	Enfermagem	7º
14	F	21	Enfermagem	7º
15	M	19	Enfermagem	5º
16	M	20	Enfermagem	5º

Quadro 2. Experiências dos sujeitos quanto a treinos em laboratórios, participação em cenários clínicos simulados e tipo de paciente simulado exercido no evento

Sujeitos	Treino em laboratórios	Cenários Clínicos Simulados	Tipo de paciente simulado exercido no evento
1	Sim	Sim	Paciente com instabilidade hemodinâmica e peritonismo.
2	Sim	Sim	Paciente com queimadura de primeiro grau e fratura interna no rádio direito.
3	Sim	Sim	Paciente com evisceração, grande queimado que evoluiu para óbito.
4	Sim	Sim	Paciente marido de grávida com ferimentos leves.
5	Sim	Sim	Paciente adolescente com sinais vitais estáveis que procurava a mãe após o acidente.
6	Sim	Sim	Paciente grande queimado em óbito
7	Sim	Não	Paciente com traumatismo raquimedular.
8	Sim	Não	Paciente com visceração abdominal, grande queimado que foi a óbito.

Continua...

Continuação.

Sujeitos	Treino em laboratórios	Cenários Clínicos Simulados	Tipo de paciente simulado exercido no evento
9	Sim	Não	Paciente com múltiplos ferimentos e escoriações.
10	Sim	Não	Paciente com ferimento em região cefálica.
11	Sim	Não	Paciente gestante de 34 semanas com ferimentos leves em membros superiores e inferiores.
12	Sim	Não	Paciente com fratura exposta.
13	Sim	Não	Paciente desorientado.
14	Sim	Sim	Paciente com queimaduras de segundo grau em membro superiores.
15	Sim	Sim	Paciente com queimaduras nos membro inferiores e inconsciente.
16	Sim	Sim	Paciente em óbito com queimaduras no abdome em membros superiores.

Quadro 3. Unidades de significância e unidades contextuais dos sentimentos positivos dos sujeitos experimentados quando exerceram o papel de paciente simulado

Unidades de significância dos sentimentos experimentados como paciente simulado.	Unidades contextuais.
Realismo	S5 (...) "era bastante real, o que me permitiu me colocar no lugar da vítima" S14 (...) "me senti na situação real" S7 (...) "consegui entrar rapidamente no papel" S4 (...) "a simulação era bastante realista" S9 (...) "foi bem real"
Aprendizado	S15 (...) "gostei muito dessa experiência e aprendi muito" S3 (...) "achei uma situação muito educativa" S11 (...) "isso traz muito preparo para o atendimento real"
Empatia	S10 (...) "pude me colocar no lugar do paciente" S12 (...) "me senti na própria pele do paciente"
Entusiasmo	S3 (...) "muito legal, educativa e fiquei incrivelmente entusiasmada"
Tranquilidade	S1 (...) "o atendimento da primeira triagem foi rápido e efetivo... me tranquilizou"
Observação da equipe	S8 (...) "pude observar o quão é importante o treino, o trabalho em equipe multidisciplinar..."
Segurança	S13 (...) "porém a atuação do SAMU foi muito precisa e completa, trazendo total segurança"

Quadro 4. Unidades de significância e unidades contextuais dos sentimentos negativos dos sujeitos experimentados quando exerceram o papel de paciente simulado

Unidades de significância dos sentimentos experimentado como paciente simulado	Unidades contextuais.
Medo	S1 (...) <i>"fui negligenciada... causando medo"</i> S7 (...) <i>"a pior sensação foi o medo pelo desconhecido"</i> S9 (...) <i>"me senti com medo"</i> S10 (...) <i>"senti um pouco de medo"</i>
Ansiedade	S5 (...) <i>"em ver principalmente outras vítimas"</i> S7 (...) <i>"não era possível ver ao redor"</i> S13 (...) <i>"situação de grande ansiedade e nervosismo"</i>
Apreensão/Aflição	S1 (...) <i>"gerou aflição a demora em me tirar do cenário, por mais a ação dos profissionais tenham sido eficientes"</i> S4 (...) <i>"me senti um pouco aflito, imaginando como seria uma situação real"</i> S13 (...) <i>"todos os envolvidos estavam apreensivos"</i>
Falta de empatia	S6 (...) <i>"como eu era uma vítima morta não houve cuidado comigo"</i> S7 (...) <i>"...como se eu fosse apenas um corpo mas não uma pessoa"</i>
Desconforto	S1 (...) <i>"fui negligenciada... causando desconforto"</i> S16 (...) <i>"o jeito que eles me carregaram e me jogaram no chão, como se estivesse morto"</i>
Angústia	S14 (...) <i>"senti momentos de angústia"</i>
Fragilidade	S7 (...) <i>"tive a sensação de extrema fragilidade frente a situação"</i>
Desconhecido	S7 (...) <i>"enquanto os atendimentos eram realizados, tive o sentimento de não saber o que estava acontecendo"</i>
Desespero	S7 (...) <i>"o médico que realiza o atendimento não havia meus questionamentos nem mesmo quando falava que não sentia minhas pernas... me mandou para outra lona, me deixou no sol e não me ouviu, só checava parâmetros sem me dar atenção"</i>
Insegurança	S1 (...) <i>"os médicos discutiam na minha frente, causando insegurança"</i>

DISCUSSÃO

O ensino na área da saúde deve ter um enfoque humanista, crítico e reflexivo com embasamento científico e intelectual, pautado na ética, no intuito de que o aprendiz ao trilhar sua jornada profissional seja capaz de tomar decisões, comunicar-se adequadamente e liderar com serenidade e segurança que impactem tanto nos pacientes, como nos profissionais. Para atingir esses objetivos, deve ser centrado nos aprendizes, os quais necessitam ser agentes ativos no processo de aprendizagem. O uso de metodologias ativas estimulam tais comportamentos e facilitam essas diretrizes²⁰.

A dramatização é uma estratégia que tem sido amplamente utilizada na simulação clínica, para atingir o objetivo almejado, seja pelo seu potencial de incremento de

habilidades de empatia, comunicação, trabalho em equipe, entre outros. Destaca-se por proporcionar ao estudante a vivência do papel do paciente^{11,21,22}.

É benéfica ao processo de ensino/aprendizagem de estudantes e de profissionais da área da saúde e tem sido cada vez mais valorizada, uma vez que seu custo é menos oneroso quando comparada ao emprego de simuladores robóticos e ou a contratação de atores profissionais.

A dramatização tem sido ainda a estratégia de escolha nas provas de residência médica e de enfermagem e de certificação de cursos, pela possibilidade de uso em larga escala. Dessa forma é necessário capacitar e avaliar os impactos desse recurso frente a formação dos estudantes na área da saúde.

Nesse estudo, a partir da descrição da vivência dos estudantes do papel de paciente simulado, foi identificado que a simulação clínica proporciona aos estudantes experimentar diferentes sentimentos, também experienciados pelos pacientes.

Ao se analisar as unidades de significância relacionadas aos sentimentos que os estudantes vivenciaram durante a experiência de paciente simulado, observou-se que todos os participantes relataram que o contexto da simulação era muito "real". O realismo do cenário simulado inclui as dimensões físicas, materiais e ambientais, como os simuladores, os pacientes simulados com uso de moulage, os ruídos, a unidade do paciente, entre outros; assim como os fatores psicológicos como as emoções, crenças e autoconsciência²³. Quando bem empregado o realismo, é particularmente útil para superar a resistência inicial dos participantes envolvidos em sentir-se parte do cenário trazendo consequências benéficas, sucesso e aprendizado da prática real a que aquela simulação se reporta²⁴.

Entre os sentimentos positivos experimentados, além do realismo foram relatados aprendizado, empatia, entusiasmo, tranquilidade, observação da equipe e segurança. A satisfação do paciente com o atendimento clínico, pode ser definida como a percepção de suas necessidades, expectativas e com a avaliação das características dos resultados de sua experiência com o tratamento²⁵.

A empatia é composta pela junção de etapas cognitivas, comportamentais, afetivas e morais, e incluem a compreensão das experiências e preocupações dos pacientes²⁶. Há relatos que o desenvolvimento da empatia se inicia na infância e está relacionado as experiências do contexto sociocultural. Entretanto, estudos apontam que com auxílio de estratégias de ensino/aprendizagem como a simulação clínica, é possível desenvolver empatia ao longo da vida adulta²¹. A empatia ocasiona aproximação entre o binômio,

tornando a comunicação mais efetiva e forma a contribuir para uma maior taxa de adesão ao tratamento, o que leva a um atendimento mais humanizado e de qualidade^{25,27}.

O profissional da saúde empático, a observação do trabalho interprofissional com foco no cuidado integral, é capaz de proporcionar maior satisfação, segurança e tranquilidade ao paciente durante seu tratamento, o que também foi percebido pelos estudantes na vivência de paciente simulado, reportando ainda entusiasmo com o acontecimento.

O entusiasmo é derivado da expressão grega *enthousiasmos* que significa inspiração divina. Trata-se de um construto de alta inferência e pouca objetividade, que geralmente está associado a inspiração e ao êxtase²⁸. Entusiasmar estudantes e formadores com estratégias de ensino aprendizagem são processos motivadores para uma prática de saúde mais segura, eficaz e centrada no paciente.

Os sentimentos negativos ocasionados pela vivência do paciente simulado foram: ansiedade, apreensão/aflição, falta de empatia, desconforto, angústia, fragilidade, desconhecimento, desespero e insegurança.

A ansiedade tem sido descrita como um sentimento desagradável de medo e apreensão, geralmente associado a uma resposta física e psicológica, que também ocorre no contexto de aprendizagem^{29,30}. Pacientes geralmente referem medo e ansiedade relacionados ao atendimento clínico e à incerteza do que vai ocorrer após o processo de doença acometida³¹.

Nesse sentido, uma comunicação efetiva entre profissional e paciente e colaborativa entre os profissionais, podem minimizar tais sentimentos e incertezas, o que foi descrito pelos participantes no papel de paciente simulado quando referiram "falta de informações".

O adoecimento pode ser visto por diferente aspectos, pelo ponto de vista médico é uma função do organismo que está com deficiência no seu funcionamento, já do ponto de vista psicológico, é visto como uma situação inesperada para qual ninguém está preparado, uma vez que, não se escolhe adoecer. Geralmente implica numa série de sensações de desconforto, angústia, insegurança, propiciando a despersonalização dos pacientes³². As percepções experimentadas pelos estudantes na prática simulada desta investigação se constituiu de um cenário de urgência e emergência em que indivíduos sadios em pouco tempo se veem dependentes de profissionais da saúde para solucionar suas dificuldades.

A urgência e emergência em sido uma das áreas mais problemáticas dos sistemas de saúde, devido principalmente ao aumento dos atendimentos, ocasionados por

meio da violência urbana e da maior longevidade da população com seus consequentes agravos de saúde. O elevado número de atendimentos tem exigido maiores competências dos profissionais.

Para tanto, a capacitação dos futuros profissionais e o aperfeiçoamento dos já atuantes no mercado de trabalho precisa ser pautada na melhoria do em trabalho em equipe de forma integrada e colaborativa entre profissionais de diferentes áreas com foco nas necessidades de saúde de usuários e população, e assim proporcionar uma melhor qualidade a assistência prestada, bem como resolutividade aos serviços de saúde³³⁻³⁵. Acredita-se que esta capacitação pode ser alcançado com estratégias simuladas como as desenvolvidas nesse estudo, que propiciarem nos estudantes, a vivência dos sentimentos experimentados pelos pacientes numa situação de agravo e vulnerabilidade e deram a oportunidade de grupo todo (estudantes e profissionais de diversas áreas trabalhadores do simulado) de repensarem o cotidiano e a necessidade da atuação interprofissional na urgência e emergência, o que traz satisfação, autoconfiança e maior eficácia numa perspectiva de assistência integral a saúde³⁶.

A pesquisa foi desenvolvida em apenas uma única instituição de ensino e partiu de casos/cenários de média e alta fidelidade na área de urgência e emergência, não oportunizando a vivência de outros cenários clínicos simulados, em diferentes áreas de atuação e com outros níveis de fidelidade.

Identificar as percepções positivas e negativas dos estudantes que desempenharam papéis de pacientes simulados (*role play*) em atividades clínicas simuladas corrobora para a reflexão sobre o tema, ainda pouco explorado, uma vez que, estas variáveis podem contribuir para a formação acadêmica de estudantes da área da saúde.

CONCLUSÃO

A dramatização é uma modalidade que proporciona ao estudante a vivência do paciente simulado. Nesse estudo, ao vivenciar uma situação de atendimento à múltiplas vítimas, os estudantes tiveram a oportunidade de experimentar sentimentos positivos e negativos dos pacientes em uma situação similar. Tais percepções podem contribuir para a formação do aprendiz da área de saúde, tornando o atendimento mais humanizado, suprimindo necessidades básicas e integrais do paciente e impactando no trabalho em equipe.

Contribuições dos autores:

Crescêncio PES e Mazzo A participaram da concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final a ser publicada. Conceição VM

participou da redação do artigo, revisão crítica e revisão final do manuscrito a ser publicada. Alves RA, Costa RRO e

Almeida RGS participaram da revisão crítica e revisão final do manuscrito a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Marmol MT, Braga FT, Garbin LM, Moreli L, Santos CB, Carvalho EC. Central catheter dressing in a simulator: the effects of tutor's assistance or self-learning tutorial. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 9];20(6):1134-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600016&lng=en
2. Teixeira CR, Kusumota L, Braga FT, Gaioso VP, Santos CB, Silva VL, et al. O uso de simulador no ensino de avaliação clínica em enfermagem. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2020 Mar 9];20(spe):187-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500024&lng=pt
3. Negri EC, Mazzo A, Martins JC, Pereira Junior GA, Almeida RG, Pedersoli CE. Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 9];25:e2916. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100604&lng=en&tlng=en
4. Costa RR. Eficácia da simulação realística no ensino de imunização de adultos no contexto da graduação em enfermagem [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018.
5. Araújo MS. Conhecimento, satisfação e autoconfiança de estudantes técnicos de enfermagem a partir do uso da simulação clínica: estudo quase-experimental [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.
6. Costa RR, Medeiros SM, Martins JC, Cossi MS, Araújo MS. Percepção de estudantes da graduação em enfermagem sobre a simulação realística. *Rev Cuid* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 10];8(3):1799-808. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/425>
7. Fabri RP, Mazzo A, Martins JC, Fonseca AS, Pedersoli CE, Miranda FB, et al. Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 11];51:e03218. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100418&lng=en&tlng=en
8. Teixeira CR, Pereira MC, Kusumota L, Gaioso VP, Mello CL, Carvalho EC. Evaluation of nursing students about learning with clinical simulation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 11];68(2):311-9. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200311&lng=pt&tlng=en
9. Pereira DM. Drama como uma possibilidade teatral na educação infantil. *Rev Aspas* [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 12];4(2):68-79. Available from: <https://www.revistas.usp.br/aspas/article/view/85651>
10. Cabral B. Drama como método de ensino. São Paulo: Hucitec; 2006.
11. Arveklev SH, Wigert H, Berg L, Burton B, Lepp M. The use and application of drama in nursing education-an integrative review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2015;35(7):e12-7.
12. Mazzo A. Simulação: conceitos básicos. In: Scalabrini Neto A, Fonseca AS, Brandão CF. Simulação realística e habilidades na saúde. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 49-57.
13. Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Rev Bioet* [Internet]. 2010 [cited 2020 Mar 12];18(3):725-42. Available from: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/596/602
14. Wheeler CA, McNelis AM. Nursing student perceptions of a community-based home visit experienced by a role-play simulation. *Nurs Educ Perspect*. 2014;35(4):259-61.
15. Flick U. Introdução a pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo: Cortez; 2011.
17. Denzin NK. Preface. In: Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Thousands Oaks: SAGE; 2011. p. 9-16.
18. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analisando dados qualitativos. In: Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção a saúde*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 77-95.
19. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
20. Boostel R, Felix JV, Bortolato-Major C, Pedrolo E, Vayego SA, Mantovani MF. Stress of nursing students in clinical simulation: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 13];71(3):967-74. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000300967&lng=en&tlng=en
21. Schweller M, Costa FO, Antônio MA, Amaral EM, Carvalho-Filho MA. The impact of simulated medical consultations on the empathy levels of students at one medical school. *Acad Med* [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 13];89(4):632-7. Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2014/04000/The_Impact_of_Simulated_Medical_Consultations_on.31.aspx
22. Oh PJ, Jeon KD, Koh MS. The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: a meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2015;35(5):e6-e15.
23. Meakim C, Boese T, Decker S, Franklin A, Gloe D, Lioce L, et al. Standards of best practice: simulation standard i: terminology simulation in nursing. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2020 Mar 13];9(6):S3-S11. Available from: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(13\)00071-6/fulltext](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(13)00071-6/fulltext)
24. Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Jünger J, Schultz JH, Nikendei C. Peer role-play and standardised patients in communication training: a comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect. *BMC Med Educ* [Internet]. 2010 [cited 2020 Mar 14];10(1):27. Available from: <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-10-27>
25. Sousa-Muñoz RL, Mendonça MS, Sales VC, Pereira VE, Figueiredo AS. Satisfação do paciente idoso com internação em um hospital universitário. *Rev Adm Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 14];17(68):1-17. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/50/67>
26. Larti N, Ashouri E, Aarabi A. [Evaluating empathy for patient score and its relates factors in undergraduate operating room students]. *Nurs Midwifery J*. 2018;16(7):484-92. Iranian.
27. Tsiantou D, Lazaridou D, Coolidge T, Arapostathis KN, Kotsanos N. Psychometric properties of the Greek version of the Toronto Composite Empathy Scale in Greek dental students. *Eur J Dent Educ*. 2013;17(4):208-17.

28. Orosz G, Tóth-Király I, Böthe B, Kusztor A, Kovács ZÜ, Jánvári M. Teacher enthusiasm: a potential cure of academic cheating. *Front Psychol* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 15];6:318. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00318/full>
29. Pierazzo J. Learner anxiety and professional practice self-efficacy in nursing education [thesis]. London: University of Western Ontario; 2014.
30. Landeen J, Pierazzo J, Akhtar-Danesh N, Baxter P, Van Eijk S, Evers C. Exploring student and faculty perceptions of clinical simulation: a Q-sort study. *J Nurs Educ* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 15];54(9):485-91. Available from: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/01484834-20150814-02>
31. Feuerwerker S, Rankin N, Wohler B, Gemino H, Risler Z. Improving patient satisfaction by using design thinking: patient advocate role in the emergency department. *Cureus* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 15];11(1):e3872. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6414297/>
32. Figuera J, Viero EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Rev SBPH* [Internet]. 2005 [cited 2020 Mar 15];8(2):51-63. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200005&lng=pt
33. Campos MC, Senger MH. O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência. *Rev Soc Bras Clin Méd*. 2013;11(4):1-5.
34. Pereira Júnior GA, Fraga GP, Arnaud F, Gula EA, Stullitel A, Garcia VL. O ensino de urgência e emergência de acordo com as novas diretrizes curriculares nacionais e a lei do mais médicos. *Cad ABEM*. 2015;11:20-47.
35. Peduzzi M, Norman IJ, Germani AC, Silva JA, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [citado 2020 Mar 16];47(4):977-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt
36. Meska MH, Franzon JC, Cotta Filho CK, Pereira Junior GA, Mazzo A. Satisfação e autoconfiança dos estudantes de enfermagem em cenários clínicos simulados com presença de odores desagradáveis: ensaio clínico randomizado. *Sci Med* [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 16];28(1):ID28693. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/28693/16506/>

HIV/AIDS E A TRANSMISSÃO VERTICAL: COMPREENSÃO DE GESTANTES SORO POSITIVAS

Gabriela Campos de Freitas Ferreira¹

Juliette Nobre dos Santos Silva¹

Karina De Oliveira Freitas¹

Esleane Vilela Vasconcelos¹

Danielle Saraiva Tuma dos Reis¹

<https://orcid.org/0000-0002-7806-5280>

<https://orcid.org/0000-0001-6365-6224>

<https://orcid.org/0000-0002-8708-1944>

<https://orcid.org/0000-0002-5083-050X>

<https://orcid.org/0000-0003-3966-2901>

Objetivo: Descrever e analisar a compreensão de gestantes soropositivas sobre o HIV/AIDS e sua transmissão vertical, o significado da contagem de linfócitos, carga viral e funcionamento da terapia antirretroviral. **Métodos:** Estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizada com 15 gestantes HIV positivas, no período de janeiro a março de 2018, através de entrevista e leitura dos prontuários clínicos, sendo analisada pela técnica de análise de temática. **Resultados:** Os depoimentos foram sintetizados em quatro unidades: "HIV/AIDS: Conhecimento sobre a doença e formas de infecção"; "HIV/AIDS: Conhecimento sobre a transmissão vertical"; "HIV/AIDS: Conhecimento sobre a contagem da carga viral e dos linfócitos"; e "HIV/AIDS: Conhecimento sobre a terapia antirretroviral". **Conclusão:** Com este estudo, observou-se que as gestantes não compreendem claramente o HIV/AIDS, suas formas de transmissão, exames e tratamento, demonstrando a necessidade de melhoria do processo de educação em saúde, para assim diminuir os agravos referentes a doença no período gestacional e parturitivo.

Descritores: Gestação; HIV; Educação em saúde.

HIV/AIDS AND VERTICAL TRANSMISSION: UNDERSTANDING OF POSITIVE SERUM PREGNANT WOMEN

Objective: Describe and analyze the understanding of HIV-positive pregnant women about HIV/AIDS and its vertical transmission, the meaning of lymphocyte count, viral load and the functioning of antiretroviral therapy. **Methods:** Exploratory study with a qualitative approach, conducted with 15 HIV positive pregnant women, from January to March 2018, through interview and reading of medical records, being analyzed by thematic analysis technique. **Results:** The statements were summarized in four units: "HIV/AIDS: Knowledge about the disease and forms of infection"; "HIV/AIDS: Knowledge about vertical transmission"; "HIV/AIDS: Knowledge about viral load and lymphocyte count"; and "HIV/AIDS: Knowledge about antiretroviral therapy". **Conclusion:** With this study, it was observed that pregnant women do not clearly understand HIV/AIDS, its forms of transmission, exams and treatment, demonstrating the need to improve the health education process, in order to reduce the diseases related to the disease during pregnancy and parturitive.

Descriptors: Pregnancy; Hiv; Health education.

VIH/SIDA Y TRANSMISIÓN VERTICAL: ENTENDIMIENTO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE SUERO POSITIVO

Objetivo: Describir y analizar la comprensión de las mujeres embarazadas seropositivas sobre el VIH/SIDA y su transmisión vertical, el significado del recuento de linfocitos, la carga viral y el funcionamiento de la terapia antirretroviral. **Métodos:** Estudio exploratorio con un enfoque cualitativo, realizado con 15 mujeres embarazadas VIH positivas, de enero a marzo de 2018, a través de entrevistas y lectura de registros médicos, que se analizan mediante una técnica de análisis temático. **Resultados:** Las declaraciones se resumieron en cuatro unidades: "VIH/SIDA: conocimiento sobre la enfermedad y las formas de infección"; "VIH/SIDA: conocimiento sobre la transmisión vertical"; "VIH/SIDA: conocimiento sobre la carga viral y el recuento de linfocitos"; y "VIH/SIDA: conocimiento sobre la terapia antirretroviral". **Conclusión:** Con este estudio, se observó que las mujeres embarazadas no entienden claramente el VIH/SIDA, sus formas de transmisión, exámenes y tratamiento, lo que demuestra la necesidad de mejorar el proceso de educación sanitaria, a fin de reducir las enfermedades relacionadas con la enfermedad durante el embarazo, y parturitivo.

Descriptor: Embarazo; VIH; Educación en salud.

¹Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Autor correspondente: Gabriela Campos de Freitas Ferreira | E-mail: freitas-gabi1@hotmail.com

Recebido: 28/05/2020 Aceito: 27/01/2021

INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o agente etiológico responsável por causar a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), doença que prejudica as defesas do organismo contra infecções e outras doenças oportunistas. A mesma, é considerada uma patologia grave e de grande magnitude, que progride em todas as regiões do planeta e acomete diversos grupos populacionais¹⁻³.

Com o passar dos anos, o perfil epidemiológico das pessoas infectadas pelo HIV/AIDS sofreu diversas mudanças, onde à princípio, o grupo populacional mais afetado era composto por homossexuais e bissexuais do sexo masculino, assim como, pessoas que faziam transfusão sanguínea e usuários de drogas injetáveis. Atualmente, a disseminação do HIV/AIDS tem crescido consideravelmente entre o público feminino, dado ao fenômeno de heterossexualização e feminização da doença^{2,4}.

Quadro que traz consigo outras dificuldades, as quais repercutem fortemente na saúde pública, sendo uma delas o aumento do número de gestantes portadoras do HIV. De acordo com o boletim epidemiológico HIV/AIDS do Ministério da Saúde de 2019, no Brasil foram notificados 125.144 casos de gestantes infectadas pelo HIV no período de 2000 até junho de 2019, sendo 8,3% da região Norte^{5,6}.

Sabe-se que o grande problema do HIV na gestação é a possibilidade de transmissão do vírus para o feto, a chamada transmissão vertical (TV), que é a principal forma de infecção pelo HIV em menores de 13 anos⁷. De acordo com estudos, a TV pode ocorrer durante a gestação, no trabalho de parto e após o parto através do aleitamento materno, caso não haja ações de prevenção e tratamento adequado⁸⁻¹⁰.

Assim, considerando que a TV do HIV é um agravamento à saúde pública e que pode ser suprimido através de ações de promoção à saúde, torna-se relevante, desenvolver um estudo sobre o conhecimento de gestantes soropositivas a respeito do HIV/AIDS e suas conjecturas, com o intuito de identificar as falhas da educação em saúde durante a assistência pré-natal de alto risco quanto ao tema, a fim de promover um melhor serviço em saúde e assim diminuir as lacunas do conhecimento existentes no imaginário dessas gestantes e o risco de TV, tendo em vista que quando detentoras do conhecimento são capazes de executar o autocuidado.

Diante disso, objetivou-se descrever e analisar a compreensão de gestantes soropositivas assistidas em uma unidade de referência de Belém do Pará, sobre o HIV/AIDS e sua transmissão vertical, assim como o significado da contagem de linfócitos, carga viral e funcionamento da terapia antirretroviral (TARV).

O alcance desses objetivos possibilitará a construção de dados importantes que servirão como base para a melhoria da assistência de enfermagem e multiprofissional prestada as gestantes HIV positivas durante a assistência do pré-natal de alto risco, assim como poderá subsidiar o planejamento de ações que garantirão a qualidade no repasse das informações pertinentes a soro positividade para HIV, de forma a contribuir na prevenção e promoção a saúde, relacionadas às formas de transmissão vertical e horizontal do vírus.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado em uma Unidade de Referência Materno-Infantil e Adolescente, que faz parte da rede assistencial do Sistema Único de Saúde do Estado do Pará, Brasil.

As participantes do estudo foram 15 gestantes com diagnóstico positivo para HIV. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar matriculada no pré-natal de alto risco, se encontrar no 3º trimestre de gestação, ter passado por pelo menos cinco consultas com a equipe multiprofissional, fazer uso regular da TARV e concordar em participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Acredita-se que as gestantes por estarem em idade gestacional avançada e terem passado por um número razoável de consultas pré-natais, estão mais bem informadas tanto em relação às questões inerentes a gravidez, quanto ao HIV/AIDS, e por estarem fazendo uso da TARV pressupõe-se que elas conheçam o seu funcionamento, uma vez que devem ser questionadas a respeito, pelos profissionais que as atendem.

O não atendimento desses critérios implicou na exclusão das demais gestantes.

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a março de 2018, por meio da análise documental dos prontuários clínicos e de entrevista semiestruturada, composta pelas seguintes questões: O que você entende sobre HIV/AIDS e sobre as formas de transmissão do vírus? O que você entende por transmissão vertical e como essa transmissão pode acontecer? O que significa a contagem de linfócitos? Para que serve a contagem da carga viral? O que é a Terapia Antirretroviral e como ela funciona?

Tais questionamentos forneceram os subsídios necessários para interpretação e alcance dos objetivos aqui propostos. As entrevistas foram individuais, no setor de

atendimento ao Pré-natal de alto risco da referida unidade, com duração média de 5 minutos. Os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos.

Concomitantemente as entrevistas individuais realizou-se a consulta e análise dos prontuários de cada participante, a fim de se obter a caracterização sociodemográfica e obstétrica.

A análise dos dados foi orientada pelo técnica de análise de temática¹¹, que é dividida em: 1) Familiarização com os dados; 2) Geração de códigos; 3) Busca por temas; 4) Revisão contínua dos temas; 5) Definição dos temas; e, 6) Síntese de uma concepção explicativa. A partir desta, os depoimentos das participantes foram sintetizados em quatro unidades temáticas: HIV/AIDS: Conhecimento sobre a doença e formas de infecção; HIV/AIDS: Conhecimento sobre a transmissão vertical; HIV/AIDS: Conhecimento sobre a contagem da carga viral e dos linfócitos; e HIV/AIDS: Conhecimento sobre a terapia antirretroviral.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos e legais da pesquisa com seres humanos, regulamentada pela Resolução No. 466/2012, com número de parecer 2.432.401 do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

RESULTADOS

Perfil socioeconômico e gestacional

Das 15 participantes do estudo, 10 eram provindas do interior do Estado e cinco da região metropolitana de Belém. A faixa etária variou entre 18 e 36 anos, com média de 25 anos, sendo, 13 casadas e/ou em união consensual e duas solteiras. Destas apenas uma possuía trabalho remunerado como autônoma. Já a escolaridade variou de ensino fundamental incompleto a superior completo. Quanto a cor autodeclarada 13 eram pardas, uma preta e uma branca.

No que concerne a caracterização obstétrica observou-se que elas estavam entre a 1ª e a 5ª gestação. No que concerne a idade gestacional no momento da entrevista está se concentrou entre 28 e 38 semanas com média de quatro consultas de enfermagem e cinco consultas com os demais profissionais da equipe. No que diz respeito ao momento do diagnóstico do HIV, oito participantes tiveram conhecimento do diagnóstico do HIV na gestação atual, três tiveram conhecimento em gestações anteriores e quatro fora do período gestacional, durante exames de rotina. Destaca-se que todas as participantes faziam uso da terapia antirretroviral na ocasião.

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

HIV/AIDS: Conhecimento sobre a doença e formas de infecção

Eu entendo que o HIV é só o vírus que pode causar a AIDS, se eu tomar o medicamento direitinho não vou desenvolver a AIDS, agora se eu parar pode ser que eu possa ficar doente.” (Girassol)

A AIDS é quando você tem o vírus e pega outras doenças em cima, tipo assim, tu tem o vírus ai tu pega uma doença qualquer (...) o vírus, o HIV ele tem tratamento, é uma coisa que você pode tratar assim normalmente sem doença nenhuma. Entendeu. (Begônia)

AIDS que eu sei é uma doença que compromete a imunidade da pessoa, e a pessoa com a resistência baixa vai adquirindo ainda mais doenças.” (Bromélia)

Eu pesquise na internet que ela não mata, que o que mata é outra doença que a gente pode contrair na baixa resistência, e que se a gente se cuidar pode viver muito.” (Lírio).

No que concerne as formas de infecção, as participantes informaram a: via sexual, transfusão sanguínea, acidentes com perfuro cortantes e por lesões na cavidade oral. Observe:

As formas de transmissão né, é através de sexo, o principal né? (Jasmim)

Sexo vaginal, sexo sem camisinha, sexo oral, esqueci o resto. (Hortência)

Eu já ouvi falar que pela transfusão de sangue, quando uma pessoa recebe o sangue de outra pessoa. (Tulipa)

Através de objetos perfurantes, como no caso do alicate, prestobarba e pelo sexo né. (Hibisco)

HIV/AIDS: Conhecimento sobre a transmissão vertical

Destaca-se nesta unidade que, quando as participantes foram questionadas sobre a transmissão vertical (TV), sem esclarecimento do termo, a maioria das participantes informaram não saber do que se tratava. No entanto após esclarecimento mínimos do que seria a TV, elas puderam expressar seus entendimentos como observado abaixo:

Eu acho que isso ocorre só se for parto normal, eu acho que passaria pra ele né? E através da mama (amamentação). (Margarida)

Passa no parto normal, por isso que o parto é cesáreo né, que é justamente pra não ter isso na hora. A mãe não pode amamentar também. (Bromélia)

O mais certo é na hora do parto, como a mãe pode tá às vezes passando do nível da coisa (referência ao nível da carga viral), se ela ter o bebê normal ele pode pegar, mas pode passar antes também, eu acho. (Begônia)

Eu acho que durante a gestação, porque o sangue da mãe também vai pra criança. Eu só acho, porque eu não entendo. (Cravo)

HIV/AIDS: Conhecimento sobre a contagem da carga viral e dos linfócitos

A carga viral é a contagem de vírus no sangue. (Rosa)
Eu acho que é a quantidade de vírus né que tem no sangue. (Tulipa)

Carga viral é pra ver o tanto né, o tanto de vírus que tá em mim. (Violeta)

O que eu entendo assim é que é pra saber se tá o controle né. Se tá bem alto o vírus né. (Cravo)

No que concerne a contagem dos linfócitos, apenas uma das participantes demonstrou razoável conhecimento, já as demais informaram não compreender seu significado. Observe abaixo:

Você sabe me dizer o que significa o exame contagem de linfócitos? (Entrevistador)

Não! (Hibisco)

Não sei! (Tulipa)

A contagem dos linfócitos é pra (...) são os agentes, se eu não engano os linfócitos são os agentes que bloqueiam a ação do vírus, aí tem o CD4 e o CD8, eles não vão matar o vírus, mas eles vão tipo fazer uma barreira pra ele não se multiplicar. (Rosa)

HIV/AIDS: Conhecimento sobre a terapia antirretroviral

Destaca-se nesta unidade que as participantes, desconheciam o termo terapia antirretroviral, havendo a necessidade de informá-las, de que se tratava da medicação por elas utilizada, após este esclarecimento, elas puderam expor seus conhecimentos sobre o tema.

A medicação serve pra controlar o vírus, pra a imunidade da pessoa ficar normal. Acho que é isso! (Tulipa)

Tipo assim, a medicação vai matar um pouquinho os vírus. Porque me falaram assim, que ela tem possibilidade de ter cura, tipo assim não há cura totalmente,

mais pode ter por causa do remédio. Por causa dessa medicação entendeu? (Begônia)

Ela vai tá me protegendo de ficar doente. Acho que é isso. (Cravo)

DISCUSSÃO

Como observado entre os achados desta pesquisa, é durante o período gestacional, que a grande maioria das mulheres recebe o diagnóstico do HIV, momento que se torna crucial para orientação da gestante sobre o que venha a ser a doença e suas particularidades, como a prevenção da transmissão vertical (TV) e demais infecções sexualmente transmissíveis¹⁰.

De acordo com o que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde, mulheres que vivem com o HIV/AIDS, devem receber acesso ao aconselhamento, acompanhamento e tratamento ao longo da gestação e pós-parto, além de orientações quanto as políticas de proteção aos seus direitos reprodutivos e promoção da saúde sexual^{12,13}.

No entanto, nota-se dentre os resultados aqui apresentados grande falha no processo de educação em saúde para com as gestante soropositivas, onde se destaca a falta de familiaridade com os termos técnicos "transmissão vertical", "terapia antirretroviral" (TARV) e a finalidade de exames como o da contagem de linfócitos. Situação, que se não sanada, pode comprometer tanto a saúde da gestante, quanto de seu bebê durante e pós a gestação, visto se tratar de uma doença que possui diversos agravos, como a TV, quando não tomados os devidos cuidados.

Atualmente, a TV é responsável por 93,1% dos casos de HIV em menores de 13 anos no Brasil, podendo ocorrer por disseminação placentária, exposição do feto ao sangue ou secreções maternas na passagem pelo canal de parto e/ou pelo aleitamento materno, porcentagem que pode ser reduzida a quase zero, quando aplicadas as devidas intervenções de profilaxia, como o uso adequado da TARV para redução da carga viral e inibição da lactação de forma mecânica por meio do enfaixamento das mamas ou por alternativas farmacológicas após o parto^{7,10,13}.

Diante dos resultados encontrados, é preocupante evidenciar o déficit cognitivo das participantes, quanto o HIV/AIDS, a TV, a finalidade dos exames e da terapia medicamentosa, pelo fato de se encontrarem no último trimestre gestacional e ter passado por um número significativo de consultas com a equipe multiprofissional de saúde, durante o pré-natal e ainda assim desconhecem assuntos inerentes a sua condição sorológica e materna. Visto que tal desconhecimento, pode influenciar diretamente em seu autocuidado, quanto a utilização adequada da TARV e a prevenção da TV.

Conforme Jordão et al.¹⁴, as gestantes possuem déficit de conhecimento nos aspectos que envolvem a transmissão vertical, o que comprova a necessidade de uma educação permanente durante o pré-natal, educação que deve ser orquestrada de acordo com o nível de entendimento das mesmas, levando-as a compreender os aspectos relacionados a doença e suas formas de transmissão, dando-lhes autonomia e poder de decisão a partir da promoção de suas capacidades. Destaca-se que a forma da abordagem no momento da condução das orientações tem influência direta no entendimento e aceitação da mesma¹⁵.

Sendo assim, é imprescindível saber o grau de percepção destas mulheres sobre a doença, a fim de que criar métodos que possam fazer com que elas tenham conhecimento do seu estado e possam adquirir novos hábitos de saúde, devendo-se levar em consideração os fatores socioculturais em que esta mulher está inserida e que influenciam diretamente no seu processo de compreensão e identificação dos comportamentos de risco^{16,17}.

De acordo com Lima et al.⁷, a educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção da saúde e uma forma de cuidar que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica, reflexiva para a emancipação dos sujeitos, pois possibilita que as pessoas passem a cuidar melhor de si mesmas e de seus familiares.

Neste percurso, o profissional de enfermagem tem como papel fundamental o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, que por sua vez necessitam de constante reavaliação, para que sejam identificadas as necessidades prioritárias destas mulheres, bem como as carências do próprio profissional para criar melhorias em seu atendimento. Podendo, a partir do compartilhamento de informações claras e precisas, sobre a doença e suas implicações, estimular as gestantes a ampliarem seu senso de responsabilidade, gerando uma mudança de comportamento necessária para a prevenção da disseminação do HIV¹³.

Por todo o exposto, evidencia-se a imprescindibilidade da orientação clara e precisa para esta população, tanto para com a doença e sua terapia medicamentosa, quanto aos riscos a sua saúde e do feto/bebê, para que a mesma seja detentora do conhecimento e por conseguinte seja capaz de executar o autocuidado. Sendo para isso, necessário o desenvolvimento de uma assistência individualizada e singular com a utilização de ferramentas educacionais simples que facilitem o entendimento das gestantes com HIV, sobre sua condição sorológica e os cuidados que devem ter para evitar a transmissão do vírus^{3,17}.

Este estudo apresenta limitações quanto a escassez de literatura relacionada ao conhecimento de gestantes sobre o HIV/AIDS e sua transmissão vertical, informações que

serviriam para subsidiar os dados aqui evidenciados, outra limitação é, ter sido realizado em uma única unidade de saúde, o que representou um número restrito de participantes, porém, suficientes para responder os objetivos aqui propostos.

Este estudo contribuirá para reflexão dos profissionais de saúde que atuam com gestantes HIV positivas, quanto a forma que estão desenvolvendo o processo de orientação e de educação em saúde, afim de que possam adequá-las a realidade de cada usuária do serviço e assim, conseguir com que cada uma compreenda de forma clara e concisa as informações a elas repassado.

CONCLUSÃO

Neste estudo, se evidenciou que as gestantes percebem o HIV/AIDS como a presença de uma doença que não tem cura, que prejudica a imunidade da pessoa de forma a favorecer o surgimento de outras infecções oportunistas, assim como entendem que por meio do tratamento medicamentoso é possível controlar a doença.

Frente as formas de contágio e transmissão da doença, a grande maioria apontou o contato sexual sem preservativo, havendo também quem apontasse para meios como a transfusão sanguínea e uso compartilhado de objetos perfurantes como o alicate de unha. Observa-se que em nenhum momento elas reconheceram a TV, como via de contaminação, somente quando questionadas e após leve esclarecimento do que seria a TV, puderam informar que também acreditavam ser possível passar o vírus para o bebê durante o parto normal e amamentação, assim como na gestação em momentos de descontrole da carga viral, situação que foi associada a troca sanguínea entre o binômio mãe-filho.

No que se refere a contagem da carga viral, observou-se que a maioria das participantes possuía um razoável entendimento sobre a necessidade da realização do exame para determinar a quantidade de vírus circulantes no sangue e como forma de controle na evolução da doença, diferentemente do encontrado para a contagem dos linfócitos, onde se evidenciou que apenas uma das participantes entendia a finalidade do teste. Já quanto a TARV, as participantes compreendem que ela serve como controle da doença, que irá protegê-las de "ficar doente", ou seja, de contrair outras doenças, visto que enquanto realizem o tratamento de forma adequada, terão sua imunidade controlada, estarão "curadas" mas não totalmente, conforme entendido pela participante Begônia.

Consoante ao exposto, acredita-se que estes achados possam fornecer subsídios para uma discussão sobre a prática assistencial prestada pelos profissionais de saúde as gestantes HIV positivas durante o pré-natal, no sentido de se buscar melhor o processo de promoção a saúde,

através do desenvolvimento de ações educativas que levem em conta as particularidades de cada gestante, de forma a propiciar não somente a prevenção da transmissão do HIV em suas diversas formas, mas também uma melhor assistência durante o período gestacional e parturitivo.

Contribuições dos autores:

Gabriela Campos de Freitas Ferreira: Concepção e planejamento das atividades que levaram ao trabalho;

coleta, análise, interpretação dos dados e redação; Juliette Nobre dos Santos Silva :Concepção e planejamento das atividades que levaram ao trabalho; coleta, análise, interpretação dos dados e redação; Karina de Oliveira Freitas: Interpretação dos dados; Redação e revisão crítica do manuscrito; Esleane Vilela Vasconcelos

Revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Danielle Saraiva Tuma dos Reis: Revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Nascimento VB, Nascimento NV, Oliveira JS, Bezerra LO, Faria DN, Ciosak SI, et al. Aspectos epidemiológico e clínico de gestantes com HIV/AIDS atendidas em um centro de referência em saúde da mulher do município de Santarém, Pará, Brasil. *J Health Sci Inst* [Internet]. 2018 [citado 2020 Maio 10];36(2):109-14. Disponível em: <http://repositorio.unip.br/journal-of-the-health-sciences-institute-revista-do-instituto-de-ciencias-da-saude/aspectos-epidemiologico-e-clinico-de-gestantes-com-hiv-aids-atendidas-em-um-centro-de-referencia-em-saude-da-mulher-do-municipio-de-santarem-para-brasil/>
- Previati SM, Vieira DM, Barbieri M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. *J Health Biol Sci* [Internet]. 2019 [citado 2020 Maio 15];7(1):75-81. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2104/815>
- Serrão JR, Peixoto IV, Nascimento CC, Serrão AM, Pamplona MC. Práticas de gestantes soropositivas para HIV sobre o autocuidado: construção de tecnologia educacional em saúde. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2020 [citado 2020 Maio 10];(38):e1562. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1562>
- Teixeira SP, Aguiar DS, Nemer CR, Menezes RA. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV admitidas em uma maternidade de referência no Amapá. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2020 [citado 2020 Maio 15];12(2):e2543. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2543>
- Paes AL, Gomes HG, Ribeiro AR, Lima MM, Araújo BB, Smith NA. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV acompanhadas em um serviço de assistência especializada em Belém-PA. *Rev Interdiscip* [Internet]. 2017 [citado 2020 Maio 5];10(3):100-9. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1313>
- Boletim Epidemiológico HIV/Aids [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 Maio 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>
- Lima AC, Sousa DM, Mendes IC, Oliveira LL, Oriá MO, Pinheiro PN. Transmissão vertical do HIV: reflexões para a promoção da saúde e cuidado de enfermagem. *Av Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2020 Abr 11];35(2):181-9. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00181.pdf>
- Silva SR, Sousa KA, Costa GS, Sousa AC, Goiano PD, Costa ES. Assistência a gestante portadora do vírus da imunodeficiência humana. *Rev Uninga Rev* [Internet]. 2017 [citado 2020 Abr 11];30(3):70-5. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2026/1618>
- Beck ST, Cauzzo LD, Vielmo L, Andrade CS. Perfil de gestantes em tratamento para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev Epidemiol Control Infecç* [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 11];8(3):210-5. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11190>
- Hernandes CP, Rocha RK, Hausmann A, Appelt JB, Marques CM. Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas. *J Health Biol Sci* [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 10];7(1):32-40. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2211/801>
- Braun V, Clarke V. 'Using thematic analysis in psychology'. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2006 [cited 2020 Apr 10];3(2):77-101. Available from: https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology
- Bellotto PC, Lopez LC, Piccinini CA, Gonçalves TR. Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019 [citado 2020 Maio 8];23:e180556. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100275&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Linder V, Chaves SE, Strapasson MR. Percepções de mulheres vivendo com o vírus da imunodeficiência humana acerca da impossibilidade de amamentar. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [citado 2020 Maio 12];7(2):7-11. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/784/311>
- Jordão BA, Espolador GM, Sabino AM, Tavares BB. Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Pesqui Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2020 Maio 10];18(2):26-34. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15081>
- Fonte VR, Spindola T, Martins ER, Francisco MT, Clos AC, Pinto RC. Conhecimento de gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/AIDS. *Rev Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2020 Fev 10];20(4):493-9. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5224>
- Garbin CA, Garbin AJ, Moimaz SA, Rocha NB. A transmissão vertical do HIV na percepção de mulheres brasileiras. *Rev Odontol Araçatuba* [Internet]. 2012 [citado 2020 Maio 10];33(1):41-5. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/133895/ISSN1677-6704-2012-33-01-41-45.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moraes TM, Santos BO, Palmeira IP, Teixeira E, Ferreira AM, Rodrigues IL. Percepções de trabalhadores técnico-administrativos de um curso de enfermagem do estado do Pará sobre HIV/AIDS. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 Maio 18];10(4):17-20. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/2108/599>

ASPECTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONALIZADA

Elys Oliveira Bezerra¹

Ismael Brioso Bastos²

Ana Karoline Barros Bezerra²

Priscila de Vasconcelos Monteiro³

Maria Lúcia Duarte Pereira²

<https://orcid.org/0000-0002-7336-0627>

<https://orcid.org/0000-0002-5764-841X>

<https://orcid.org/0000-0002-8249-4053>

<https://orcid.org/0000-0002-3218-9595>

<https://orcid.org/0000-0003-0079-5248>

Objetivo: Descrever aspectos de violência obstétrica vivenciada durante o trabalho de parto e parto. **Métodos:** Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada entre maio e agosto de 2016 em unidade básica de saúde de município da região norte do Ceará. Os participantes foram gestantes adscritas no território de abrangência da referida unidade, que realizavam acompanhamento pré-natal com a equipe multiprofissional do serviço. Realizou-se entrevista semiestruturada abordando perfil sociodemográfico, econômico e história obstétrica, percepções, experiências e expectativas acerca do parto. **Resultados:** A partir da transcrição das entrevistas, com posterior Análise de Conteúdo do discurso das participantes, elencou-se diferentes formas de violência obstétrica, estas vivenciadas através da comunicação, cuidado prestado e processos de trabalho nos atendimentos, violação de direitos e violação contra o corpo feminino. **Conclusão:** Evidencia-se a necessidade dos profissionais de saúde se sensibilizarem para mudanças de rotinas e garantia de um cuidado livre de situações tidas como violência obstétrica, assegurando a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Descritores: Gestantes; Parto; Violência contra a mulher; Atenção à saúde; Institucionalização.

ASPECTS OF INSTITUTIONALIZED OBSTETRIC VIOLENCE

Objective: To describe aspects of obstetric violence experienced during labor and delivery. **Methods:** Descriptive research, with a qualitative approach, carried out between May and August 2016 in a basic health unit in a municipality in the northern region of Ceará. Participants were pregnant women registered in the territory covered by the unit, who underwent prenatal care with the multidisciplinary service team. A semi-structured interview was conducted addressing socio-demographic, economic and obstetric history, perceptions, experiences and expectations about childbirth. **Results:** From the transcription of the interviews, with subsequent Content Analysis of the participants' discourse, different forms of obstetric violence were listed, these experienced through communication, care provided and work processes in attendance, violation of rights and violation of Feminine body. **Conclusion:** The need for health professionals to become aware of changes in routines and the guarantee of care free from situations considered to be obstetric violence is evident, ensuring women during the pregnancy-puerperal cycle.

Descriptors: Pregnant women; Parturition; Violence against women; Health care (public health); Institutionalization.

ASPECTOS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONALIZADA

Objetivo: Describir aspectos de la violencia obstétrica experimentados durante el parto y el parto. **Métodos:** Investigación descriptiva, con enfoque cualitativo, realizada entre mayo y agosto de 2016 en una unidad básica de salud en un municipio de la región norte de Ceará. Las participantes eran mujeres embarazadas registradas en el territorio cubierto por la unidad, que se sometieron a atención prenatal con el equipo de servicio multidisciplinario. Se realizó una entrevista semiestructurada sobre historia, percepciones, experiencias y expectativas sociodemográficas, económicas y obstétricas sobre el parto. **Resultados:** A partir de la transcripción de las entrevistas, con el posterior análisis de contenido del discurso de los participantes, se enumeraron diferentes formas de violencia obstétrica, que se experimentaron a través de la comunicación, la atención brindada y los procesos de trabajo en la asistencia, violación de derechos y violación de Cuerpo femenino. **Conclusión:** Es evidente la necesidad de que los profesionales de la salud se den cuenta de los cambios en las rutinas y la garantía de atención sin situaciones consideradas violencia obstétrica, lo que garantiza a las mujeres durante el ciclo embarazo-puerperal.

Descriptores: Mujeres embarazadas; Parto; Violencia contra la mujer; Atención a la salud; Institucionalización.

¹Secretaria Municipal da Saúde de Sobral, Sobral, CE, Brasil.

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

³Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza/CE, Brasil.

Autor correspondente: Ismael Brioso Bastos | E-mail: ismael.brioso@hotmail.com

Recebido: 13/05/2020 - Aceito: 28/01/2021

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho de parto e parto compreendem acontecimentos que transformam a mulher em suas dimensões biopsicossociais, afetando sua trajetória de vida, assim como a de todos os envolvidos, constituindo uma experiência que pode deixar marcas para toda a sua vida¹.

Ao longo dos anos, tem-se observado transformação das percepções culturais acerca do parto e do nascimento, consolidando-os como eventos institucionalizados, técnicos e medicalizados, nos quais a mulher foi perdendo sua autonomia durante o vivenciar deste processo, com o parto vaginal tornando-se uma ocorrência desconhecida e amedrontadora².

Os avanços científicos da medicina obstétrica favoreceram o nascimento no ambiente hospitalar, caracterizado pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro. Isto permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças, instituindo a parturiente enquanto paciente, sem protagonismo nem direito sobre o próprio corpo, e muitas vezes desrespeitada como ser humano e cidadã^{1,3}.

Assim, enraizou-se um modelo de atenção que muitas vezes impede o papel de protagonista da mulher frente ao parto, desqualifica o saber popular e desconsidera as necessidades dos sujeitos frente ao saber científico, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade^{1,3}.

Vê-se, portanto, a vulnerabilidade das parturientes a situações de violência que se perfazem através de práticas presentes nas instituições de saúde, multifacetadas e manifestadas nas relações de poder, na manipulação do corpo feminino, através da comunicação, na forma de serviço ou como violação de direitos⁴.

Em vista da inadequabilidade de um modelo hegemônico que tem porporcionado a realização indiscriminada de cesarianas e índices de morte materna incompatíveis com o nível de desenvolvimento do país, em 2011, o Governo Federal Brasileiro propôs a estratégia da Rede Cegonha que visa a implementação de um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento. No entanto, ainda é possível observar na rotina de alguns profissionais de saúde, que atuam na atenção ao parto normal, práticas não recomendadas pelas evidências científicas, que trazem sofrimento a esta experiência humana e caracterizam-se como expressões de violência^{4,5}.

Assim, esse novo modelo preconiza o desenvolvimento de uma assistência obstétrica norteada pela humanização, que privilegia o bem-estar da mulher e seu bebê ao considerar os processos fisiológicos, psicológicos e o contexto

sociocultural, apoiados na capacidade técnica dos profissionais de saúde para o acompanhamento contínuo da gestação e parturição, estimulando o protagonismo da mulher durante o parto⁵⁻⁷.

Diante do contexto da necessidade de mudanças e de fortalecimento do modelo de cuidado à saúde materno-infantil pautado na humanização, surgiu o questionamento: como se dá o cuidado à mulher acerca do trabalho de parto e parto a partir de suas experiências e percepções? Acredita-se que as vivências quanto ao significado atribuído pelas mulheres sobre o parto podem trazer subsídios que favoreçam a implementação de uma assistência humanizada ao processo de trabalho de parto e parto.

Com isso, este estudo objetivou descrever aspectos de violência obstétrica vivenciada por mulheres durante o trabalho de parto e parto.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa⁸.

A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017 em unidade básica de saúde (UBS) de município da região norte do estado do Ceará.

As participantes do estudo foram gestantes cadastradas no território de abrangência da referida unidade e que realizavam acompanhamento pré-natal com a equipe multiprofissional do serviço. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos e ter comparecido ao acompanhamento pré-natal no período de coleta dos dados. Assim, participaram da investigação 11 gestantes, número limitado em decorrência da saturação teórica, considerada quando a interação entre campo de pesquisa e o investigador não mais forneceu elementos para balizar ou aprofundar a teorização⁹.

As gestantes foram abordadas na sala de espera para consulta pré-natal e convidadas a participar da pesquisa, sendo encaminhadas a um consultório reservado para esclarecimento sobre os procedimentos que seriam realizados e solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Após anuência de participação da pesquisa pela gestante, realizou-se entrevista utilizando um formulário semiestruturado para coleta de dados sobre o perfil sociodemográfico, econômico, histórico obstétrico da participante, suas percepções, experiências e expectativas acerca do parto. As questões sobre o parto foram abertas, sendo gravadas após autorização da gestante.

As questões abertas sobre as percepções e experiências relativas ao parto foram gravadas, transcritas e analisadas mediante análise de conteúdo¹⁰ e elencada em categoria para melhor discussão dos resultados.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer de No. 1.434.866 / 2016. Todas as participante assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para garantia do sigilo e anonimato das participantes, os relatos foram identificados por codificação pela letra "E" de entrevistada e sua ordem de abordagem crescente (E1, E2, E3...), acompanhado das informações acerca do número de gestações (G), de paridade (P), de aborto (A) e idade (em anos).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha de unir os resultados e discussão se deu para melhor comparação entre os estudos da literatura com os achados deste estudo e seguimento do raciocínio entre os tópicos a seguir.

Caracterização das participantes

A tabela 1 apresenta as características do perfil das 11 gestantes em acompanhamento pré-natal participantes do estudo.

De acordo com a tabela acima, a idade variou de 18 a 40 anos, sendo a média 28,4 anos (DP= ±7,2). Observou-se predomínio de gestantes autotclassificadas como pardas (n= 8; 72,7%), casadas ou em união estável (n= 10; 91,0%), com ensino médio completo (n= 7; 73,6%) e renda familiar superior a 1 salário mínimo (n= 7; 73,6%). Com relação à paridade, a maioria já passou por pelo menos uma experiência de parturição (n= 7; 73,6%).

Para melhor discussão dos resultados a partir do *corpus* das entrevistas elencou-se a categoria abordada a seguir.

Violência institucionalizada ao parto

A categoria foi constituída por 14 unidades de análise, oriundas das percepções das gestantes com experiência prévia de trabalho de parto, em que foi possível identificar quatro dimensões de violência obstétrica de acordo com sua situação e fatores contribuintes. O quadro 1⁴, sintetiza as situações de violência institucional ao parto identificadas nesse estudo e classificadas conforme sua manifestação.

A ocorrência de situações desagradáveis durante experiências de trabalho de parto foi evidenciada nos relatos das participantes primíparas e múltiparas e apontou para manifestações de violência obstétrica. Considerou-se importante destacar as várias formas de violência vivenciadas, pois todas elas se relacionam e produzem um estado de violência institucional, com repercussões para a mulher e o processo do parto.

Estas formas de violência são evidenciadas por fatores contribuintes que intervêm para sua consolidação nos serviços de saúde, tais como: estrutura física inadequada; precarização dos vínculos de trabalho; modelos de atenção, gestão centralizados e autoritários; e práticas de atenção ao parto que desrespeitam os direitos das mulheres e inibem seu protagonismo no processo do parto¹¹.

Um estudo de revisão integrativa evidenciou diversas outras facetas da violência institucional ao parto, que pode se manifestar nas relações de poder, contra o corpo feminino, através da comunicação, na forma de serviço ou como violação de direitos⁴.

A exposição do corpo da mulher durante o processo de trabalho de parto, a realização de intervenções como

Tabela 1. Características das participantes (n=11)

Identificação	Idade (anos)	Cor	Estado Civil	Escolaridade	Renda Familiar	Paridade
E1	37	Branca	Casada	Ens. Superior	> 1 SM	Primípara
E2	21	Negra	União Estável	Ens. Médio	> 1 SM	Nulípara
E3	40	Parda	Casada	Ens. Médio	> 1 SM	Primípara
E4	21	Parda	Solteira	Ens. Médio	> 1 SM	Nulípara
E5	21	Parda	União Estável	Ens. Fund.	< 1 SM	Primípara
E6	29	Parda	União Estável	Ens. Sup. Inc.	> 1 SM	Primípara
E7	31	Parda	União Estável	Ens. Médio	< 1 SM	Múltipara
E8	31	Parda	Casada	Ens. Médio	> 1 SM	Primípara
E9	18	Negra	União Estável	Ens. Médio	> 1 SM	Nulípara
E10	33	Parda	Casada	Ens. Fund. Inc	< 1 SM	Múltipara
E11	30	Parda	União Estável	Ens. Médio	< 1 SM	Nulípara

Quadro 1. Situações de violência vivenciadas pelas participantes durante o parto, classificadas em acordo com as dimensões apontadas por Cassiano et al. (2016)⁴

VIOLÊNCIA COM O CORPO FEMININO
Falta de privacidade durante o parto Realização de procedimentos traumáticos e geralmente desnecessários
VIOLÊNCIA ATRAVÉS DA COMUNICAÇÃO
Agressão verbal com aumento do tom de voz, frases irônicas, tratamento grosseiro Indiferença e desatenção
VIOLÊNCIA NA FORMA DE SERVIÇO
Burocratização dos serviços Infraestrutura precária Ausência de profissionais
VIOLÊNCIA COMO VIOLAÇÃO DE DIREITOS
Proibição da presença de acompanhante

instalação de acesso venoso periférico para administração de ocitocina, episiotomia e manobra de Kristeller foram aspectos presentes nos relatos das entrevistadas, evidenciando a ocorrência de violência institucional com o corpo feminino⁴, destacadas nos relatos:

Eu sabia que ia ter dor, sabia que devia ser uma dor terrível, mas eu não imaginei o ambiente, pessoas passando, passavam, entravam, olhavam pra gente, não tinha privacidade, não gostei não. Ai quando foi nove horas da manhã começaram a aplicar, eles disseram que era soro, mas acredito que no soro tava era injeção de força. Minha mão, aplicaram umas três vezes, chega tava inchada, tava roxa. (E1, G2PIAO, 37 anos).

Eles me cortaram né, não tinha passagem, aí teve até uma das auxiliares que disseram assim: “seu próximo parto faça logo cesáreo, não vai ter condição de ter parto normal não” (E1, G2PIAO, 37 anos).

[...] e um rapaz ainda estava com um braço quebrado e ainda era o braço direito engessado. Ele fazia com aquele gesso na minha barriga pra ajudar o menino sair. (E3, G2PIAO, 20 anos).

Estudo realizado em uma maternidade de Recife, em Pernambuco, retrata evidências semelhantes, revelando o intervencionismo que marca o modelo de assistência ao trabalho de parto e parto no Brasil e corroborando com os achados, ao encontrar práticas consideradas prejudiciais ou desnecessárias em 89% dos 603 partos analisados. Dentre essas práticas, destacaram-se o incentivo aos puxos, a administração de ocitocina e a posição de litotomia¹².

A análise de informações de 6.740 puérperas que tiveram parto de baixo risco ou de risco habitual, apontou prevalência elevada de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto no Brasil. Em 70% das mulheres foi realizada punção venosa periférica, em 40% observou-se uso de ocitocina e aminiotomia, 30% realizaram analgesia raqui/epidural, 92% de incidência de parto em posição de litotomia, 56% com episiotomia, e manobra de Kristeller em 37%¹³.

A manobra de Kristeller foi evidenciada em um dos relatos e consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto (expulsivo), objetivando a sua abreviação. A recomendação nacional é de que esta manobra não seja realizada, pois as evidências não apontam nenhum benefício, e ainda que escassas, retratam que a mesma constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal¹.

A exposição do corpo da mulher e de sua intimidade, revelada pela falta de privacidade, também foi presente em outro estudo¹⁴ no qual puérperas a apontaram como uma forma de mau atendimento e o consenso de ser ocorrência comum nos serviços. A garantia de privacidade durante o trabalho de parto e parto é uma das estratégias da Rede Cegonha para o alcance da humanização deste processo, a fim de promover a oferta de um ambiente mais acolhedor e confortável¹¹.

No que concerne à administração de comprimidos ou soro, com o objetivo de induzir o parto ou acelerar as contrações do parto, pesquisa¹⁵ evidenciou ser uma conduta frequente, sendo compreendida pelas mulheres entrevistadas como um procedimento rotineiro e dentro da normalidade, muitas vezes com o próprio entendimento de que seus corpos estariam impossibilitados de desencadear o trabalho de parto de forma espontânea ou ignorando a real necessidade de tal intervenção.

Os procedimentos destacados pelas gestantes entrevistadas neste estudo em muitos casos são desnecessários e fortemente desaconselhados. Ao serem experienciados pelas parturientes acabam por aumentar a intensidade do processo doloroso, contribuindo para a concepção do parto normal como um processo imensamente doloroso e sofrido¹⁶.

Muitas vezes, os procedimentos podem ser percebidos pela parturiente como normais, sendo até comuns em algumas maternidades¹². Mesmo quando bem orientadas, as parturientes podem não se sentirem seguras para questionarem o atendimento recebido por medo do risco de sanções¹⁴.

Os profissionais envolvidos na atenção ao parto devem estar preparados para o desenvolvimento de uma conduta acolhedora que proporcione o conforto e bem-estar da mulher, o que inclui a comunicação efetiva para

esclarecimento sobre as ações prestadas às parturientes, além do uso de seu conhecimento para a identificação de momentos críticos e realização de intervenções necessárias, ajudando na parturição e nascimento.

Outra forma de violência destacada pelas participantes deu-se através da comunicação mantida com os profissionais presentes no momento do parto, marcada pela ausência de informações prévias à realização de procedimentos, agressão verbal, com tom de voz grosseiro, revelando indiferença e desatenção, como retratam os discursos:

Então eles induziram meu parto né e disseram isso pra mim depois que a menina tinha nascido". (E1, G2PIAO, 37 anos).

Não, muito pelo contrário, a menina chegava e mandava que eu calasse minha boca senão o menino subia, eu dizia: "ele tem é que sair, ou por cima ou por baixo ele tem que sair, porque aqui não tá dando certo". E ela vinha sempre mandar eu me calar. Até que chegou uma hora que eu pedi a ela pra ir no banheiro, aí perguntei a ela se não tinha problema se eu fosse fazer cocô no banheiro. Aí ela disse: "pois abra as pernas". Aí quando eu abri ela disse: "não minha filha, aqui não tem cocô não, é o menino nascendo". (E3, G2PIAO, 20 anos).

Corroborando com estes achados, autores¹⁵ destacam que a mulher pode não encontrar o apoio desejado, ao evidenciar a avaliação negativa sobre a forma de atendimento prestada por profissionais de saúde, mediante maneiras rudes e agressivas, independentemente do tipo de parto vivenciado. Tais atitudes podem ser resultado do despreparo dos profissionais da obstetria para a prática, o que ocasiona situações agressivas de violação de direitos humanos básicos das mulheres, sendo fortalecidas pelo modelo de atenção ao parto predominante, o qual é alimentado por um sistema de formação e de saúde falhos, que não realiza adequada fiscalização das instituições de formação e de saúde¹⁷.

O cuidado realizado de forma calma e atenciosa, pautado em atitudes carinhosas e orientações que auxiliam e promovem apoio e conforto, é bastante valorizado pelas parturientes, repercutindo em tranquilidade, segurança e confiança na relação desenvolvida, tanto no parto normal, como na cesárea¹⁵.

Na assistência perinatal a mulheres e crianças saudáveis, as tecnologias leves de apoio, cuidado e observação direta devem preponderar sobre todas as outras, potencializando os benefícios do uso de instrumentos, equipamento e insumos em situações de maiores riscos para a saúde.

Uma boa comunicação entre a equipe de saúde, a parturiente e sua família são imprescindíveis para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade que promova a saúde física e emocional da mulher, além de uma experiência mais positiva. As mulheres e seus familiares devem receber apoio constante da equipe assistencial e ter suas angústias e questionamentos esclarecidos mediante linguagem clara e acessível, com tom de voz acolhedor, que traduza calma e serenidade¹¹.

Situações de violência institucional na forma de serviços também estiveram presentes nos relatos das participantes, referindo-se a questões burocráticas, de infraestrutura física e negligência dos profissionais responsáveis pela assistência, ao se ausentarem e deixarem a parturiente por muito tempo sozinha, como destacado nos relatos adiante.

Ai lá foi muito demorado, a gente não se sentia bem no ambiente, era muito sujo, aí fiquei no SUS mesmo, porque como era parto normal, tive que ficar no SUS mesmo porque não dava pra pagar, né? (E1, G2PIAO, 37 anos).

E pra acabar de ajeitar, os médicos estavam numa Cesária, e quem tava fazendo meu parto eram dois estagiários do (nome de instituição de ensino privada) (E3, G2PIAO, 20 anos).

A experiência não foi muito boa. Como foi o primeiro parto, quando eu comecei a sentir dor fui no hospital (nome do hospital), aí olharam tava com um centímetro, e demorou, aí ele disse que eu voltasse, quando é o primeiro parto demora mais. E voltei pra casa, ele disse que eu só voltasse quando tivesse forte quando eu não tivesse mais aguentando. Aí passei o dia todo sentindo dor. Aí comecei a sentir dores desde as onze da noite, mas insuportável mesmo foram às três da manhã, aí fui pro hospital, mas viram que eu estava bem e me encaminharam pro (relata nome de outro hospital). (E1, G2PIAO, 37 anos).

Um dos problemas enfrentados pela mulher está relacionado às questões de infraestrutura, que se apresenta como um desafio por demandar maiores investimentos para o setor saúde. A estratégia da Rede Cegonha tem aumentado o investimento para reforma e adequação das estruturas das maternidades à proposta de humanização da assistência. Um ambiente acolhedor, com baixos estímulos traduzidos por pouca intervenção verbal, luminosidade, cheiros ativos, e temperatura agradável são imprescindíveis para a manutenção da fisiologia natural do parto^{6,11}.

A ausência de recursos humanos em quantidade suficiente é outro problema destacado por outros

pesquisadores⁴ que incrementa a experiência de violência obstétrica entre parturientes, o que também se visualiza entre os relatos das participantes deste estudo, contrariando as recomendações atuais, que destacam a importância do apoio contínuo ao trabalho de parto e parto¹. A assistência ao parto demanda profissionais devidamente capacitados para intervirem de forma imediata na ocorrência de situações críticas ou complicações.

Percebe-se em um dos relatos a peregrinação da gestante na rede de cuidados. Talvez por falta de orientações durante o período pré-natal, a mulher procurou o serviço duas vezes, sendo que na última foi encaminhada para outra maternidade de referência para gestantes de baixo risco. Este aspecto merece maiores aprofundamentos, pois a peregrinação aponta para falhas na rede de atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal¹⁸.

Lacunas na pactuação entre estados e municípios e negligência das ações de referência e contrarreferência podem justificar a escassez de vagas nas unidades hospitalares, o que compromete a atenção eficaz no cuidado à saúde da mulher¹⁹.

Repercussões de ordem psicológica vivenciadas durante a peregrinação contribuem diretamente para um processo de parturição inseguro, pois gera uma situação de estresse, com liberação de hormônios, como adrenalina, que inibem a fisiologia do parto, além de despertar sentimentos negativos de raiva, medo, angústia, apreensão, favorecendo a insegurança acerca do local de parturição. Esta peregrinação durante o processo do parto e nascimento representa uma violência velada, conivente com a anulação dos direitos frente a uma atenção de qualidade, com garantia da internação e o atendimento de suas necessidades¹⁹.

A violência mediante violação de direitos também esteve presente nos relatos, referente à proibição da participação de acompanhante durante o momento do parto. O direito de ter um acompanhante de sua escolha é garantido pela Lei No. 11.108 desde 2005 e determina que hospitais e maternidades, públicos ou privados, permitam um acompanhante da escolha da gestante para apoiá-la durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato²⁰.

Os relatos a seguir traduzem o desrespeito das instituições a este direito:

Não deixaram ficar, eles ficavam fora, mas dentro não, de jeito nenhum. (E1, G2PIAO, 37 anos).

[...] ele lá fora quebrou o portão porque o porteiro não deixava ele entrar. Não tinha acompanhante. (E3, G2PIAO, 20 anos).

Disse que não podia ficar ninguém agora, só depois. (E5, G2PIAO, 21 anos).

O Ministério da Saúde do Brasil, baseado em evidências científicas, recomenda que todas as parturientes tenham apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar, pois não devem ser deixadas sozinhas, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação¹.

Estudos destacam que a grande maioria das mulheres consideram a presença do acompanhante uma experiência positiva, do ponto de vista do conforto, apoio, segurança e tranquilidade que uma pessoa próxima traz ao simplesmente estar ao lado, fornecendo carinho e atenção^{15,16}. Pesquisa¹⁶ evidencia que mulheres referiram conhecer acerca do direito ao acompanhante, porém nenhuma das puérperas entrevistadas foi acompanhada, sendo tal aspecto revelado como uma opção, porém coexistindo a impossibilidade institucional e até a cobrança financeira para tal possibilidade.

O apoio contínuo no trabalho de parto e nascimento é uma intervenção segura e altamente efetiva para melhorar os resultados maternos e neonatais, com altos índices de satisfação materna, apresentando ainda baixo custo, no entanto, a maioria das mulheres no Brasil não pode contar com a presença de acompanhante durante o parto, apesar da existência de avanços na implementação dessa política^{21,22}.

As dificuldades impostas frente ao desejo e necessidade da presença de um acompanhante de livre escolha da gestante, somada à má comunicação promovida pelos profissionais envolvidos no cuidado à parturição, carências de infraestrutura física e de recursos humanos, condutas intervencionistas desnecessárias e exposição do corpo da mulher são evidências da necessidade de mudanças urgentes no contexto da atenção ao parto e nascimento, pois submetem as mulheres a situações de violência obstétrica e violação de direitos.

Pode-se perceber que nem todas as vítimas conseguem identificar as formas de violência obstétrica, naturalizando as práticas assistenciais que transgridem não apenas os direitos sob seu corpo, mas seus direitos humanos. A violência obstétrica por si só é velada e, de certa forma, invisível dentro dos setores públicos e privados de saúde, sustentada por uma relação desigual de gênero, instaurada há anos na sociedade, junto ao saber médico, considerado incontestável em um momento que a subjetividade da mulher é ignorada. A mulher é submetida a um tipo de autoridade de

alguém que, culturalmente, sabe melhor do que a própria o que ela sente e deseja para si mesma e para seu bebê²³.

Essa violência velada se faz difícil reconhecer em sua forma física e, ainda, mais em suas sequelas emocionais²⁴. O desafio para as vítimas é tomar o direito sob seu próprio corpo e quebrar os paradigmas de autoridade e saber profissional que decidem como deve agir no momento do parto. O desafio dos profissionais é reconhecer ali, não apenas uma paciente, mas uma mulher com direitos, necessidades e vontade e que lhe cabem a decisão, protagonismo e co-produção do seu cuidado.

As limitações deste estudo relacionaram-se ao número reduzido de participantes que aceitaram ser entrevistadas. Os momentos de coleta de dados eram realizados enquanto as gestantes estavam na sala de espera para a consulta de pré-natal. No entanto, o período de tempo não permitiu uma rotatividade maior de participantes do estudo na unidade de saúde em questão, indo ao encontro do método utilizado de saturação teórica dos dados, uma vez que quando foi atingido uma quantidade suficiente de informações para os objetivos e resultados da pesquisa, a coleta de dados foi terminada.

Apesar da vigência de políticas nacionais de humanização da assistência obstétrica, é preciso que os profissionais de saúde se sensibilizem para mudanças de rotinas que garantam um cuidado livre de situações tidas como expressões de violência obstétrica velada. Neste cenário de mudanças, os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado integral durante o ciclo gravídico-puerperal são atores fundamentais para o empoderamento das mulheres frente à sua capacidade de conduzir o seu parto, ao serem capazes de promover o conhecimento pautado em

evidências científicas, dando-lhes segurança em todo o ciclo gravídico puerperal.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu evidenciar diferentes formas de violência obstétrica vivenciadas por mulheres, apontando que diversas situações persistem como um problema no sistema de saúde público do Brasil, tais como a violência através da comunicação, caracterizada principalmente pela agressão verbal, violência na forma de serviço e processos de trabalho, violação dos direitos das gestantes e, dentre a mais presente, a violência contra o corpo feminino durante o parto. Estas formas de violência destacadas, além de físicas e verbais, resultam em violência psicológica, que podem definir a continuidade do cuidado à gestante e seu período pós-parto.

A discussão sobre essas formas de violência ainda é pouco abordada pela sociedade civil, evidenciando a falta de informações e vulnerabilidade de mulheres no período pré-parto e no momento de parir, tendo os direitos sob seu corpo violados por profissionais que levam tais condutas como parte de sua rotina durante a assistência prestada no serviço.

Contribuição dos autores:

Elys Oliveira Bezerra e Maria Lúcia Duarte Pereira: concepção e/ou desenho do estudo; Ismael Brioso Bastos e Ana Karoline Barros Bezerra: coleta, análise e interpretação dos dados; Elys Oliveira Bezerra, Ismael Brioso Bastos, Ana Karoline Barros Bezerra, Priscila de Vasconcelos Monteiro e Maria Lúcia Duarte Pereira: redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2017 Maio 19]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
2. Junqueira TL, Coelho AS, Sousa MC, Louro NS, Silva PS, Almeida NA. Gestantes que recebem informações de profissionais de saúde conhecem seus direitos no período gravídico-puerperal. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 12];10(4):67-72. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2213/607>
3. Martins AC, Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev Dor* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 19];17(3):215-8. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300215&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
4. Cassiano AN, Santos MG, Santos FA, Holanda CS, Leite JB, Maranhão TM, et al. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Enferm Glob* [Internet]. 2016 [citado 2017 Maio 19];(44):452-64. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/236891/198151>
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2017 Maio 19]. Disponível em: <https://mesm.uncisal.edu.br/wp-content/uploads/2017/04/GRAVIDEZ-PARTO-E-NASCIMENTO-COM-SA%C3%9ADE.pdf>
6. Gomes ML. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais [Internet]. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010 [citado 2017 Maio 19]. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/027.pdf>

7. Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2016 [citado 2017 Maio 19];16(1):39-47. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100039&lng=pt&tlng=pt
8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2019.
9. Fontanella BJ, Luchesi BM, Saidel MG, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado 2017 Maio 22];27(2):389-94. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=pt&tlng=pt
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
11. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2020 Jan 11]. (Cadernos HumanizaSUS; vol. 4). Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
12. Alves TC, Coelho AS, Sousa MC, Cesar NF, Silva PS, Pacheco LR. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 11];10(4):54-60. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210/605>
13. Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Theme Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2017 Out 10];30 Suppl 1:S17-47. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&tlng=pt
14. Aguiar JM, D'Oliveira AF. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011 [citado 2017 Out 10];15(36):79-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>
15. Velho MB, Santos EK, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2017 Out 12];67(2):282-9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
16. Pinheiro BC, Bittar CM. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia* [Internet]. 2012 [citado 2017 Out 12];(37):212-27. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a15.pdf>
17. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LS, Toro RC, Shimo AK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2017 Out 20];15(4):720-8. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf
18. Cunha IC, Caetano IM, Quental LL, Alves LK, Davim RM, Souza FM. Characterization of the obstetric network in the health services. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 2];11(6):2375-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23400/19061>
19. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LH, Pereira AV, Branco MB, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [citado 2017 Dez 2];19(4):614-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>
20. Lei No. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. 2005 [citado 2017 Dez 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
21. Pinheiro BC, Bittar CM. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2013 [citado 2017 Dez 6];25(3):585-602. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000300011&lng=pt&tlng=pt
22. Diniz CS, d'Orsi E, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2017 Dez 7];30 Supl 1:S140-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt
23. Dias SL, Pacheco AO. Marcas do parto: as consequências psicológicas da violência obstétrica. *Rev Arq Cient (IMMES)* [Internet]. 2020 [citado 2021 Jan 27];3(1):4-13. Disponível em: <http://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/232/115>
24. Lange ML. "Outras dores além do parto": um estudo de caso com mulheres vítimas da violência obstétrica [monografia] [Internet]. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2015 [citado 2021 Jan 27]. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/handle/12345/3077>

COTIDIANO DE HOMENS COM ÚLCERA DE PERNA EM USO DE BOTA DE UNNA

Laiane Silva Pinheiro¹

Vera Lúcia Galindo da Silva²

Wellington Caribé Santana³

Anderson Reis de Sousa⁴

Oscar Javier Vergara Escobar⁵

Álvaro Pereira⁵

Evanilda Souza de Santana Carvalho⁶

<http://orcid.org/0000-0002-2989-9131>

<http://orcid.org/0000-0003-4598-5061>

<http://orcid.org/0000-0003-0671-9211>

<http://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

<http://orcid.org/0000-0003-3158-9017>

<http://orcid.org/0000-0003-1899-7374>

<http://orcid.org/0000-0003-4564-0768>

Objetivo: Aprender as vivências do cotidiano de homens com úlcera de perna em uso da Bota de Unna. **Métodos:** Estudo qualitativo, realizado em ambulatório de um hospital público do Estado da Bahia, entre setembro e dezembro de 2016. Seis homens com úlceras de perna responderam a entrevistas semi estruturadas, em seguida os dados foram submetidos a análise de conteúdo. **Resultados:** A terapia com Bota de Unna causa ansiedade e desconfortos como dor, exsudação e odores com repercussões na mobilidade física, trabalho, lazer, cuidado corporal e sexualidade dos homens, conduzindo-os à dependência para o autocuidado e isolamento. Os incômodos são suportados pela constatação de redução da úlcera e a esperança em alcançar a cicatrização. **Conclusão:** Investir em orientações dos indivíduos antes de iniciar a terapia, e estimular a troca de experiências nas salas de espera pode auxiliar os homens a compreender os efeitos e desconfortos da terapia favorecendo a sua adaptação.

Descritores: Úlcera da perna; Bandagens compressivas; Doença crônica; Saúde do homem; Masculinidades.

MEN'S DAILY LIVING WITH LEG ULCERS IN USE OF UNNA'S BOOT

Objective: To apprehend the everyday experiences of men with leg ulcer in use of the Unna's Boot. **Methods:** A qualitative study was carried out in the outpatient clinic of a public hospital in State of Bahia, between September and December 2016. Six men with leg ulcers responded to semi-structured interviews, then the data were submitted to content analysis. **Results:** Unna's Boot therapy causes anxiety and discomfort such as pain, exudation and odors with repercussions on the physical mobility, work, leisure, body care and sexuality of men, leading to dependence for self-care and isolation. The discomfort is supported by the finding of reduction of the ulcer and the hope of achieving healing. **Conclusion:** Investing in preparation of individuals prior to initiating therapy, as well as stimulating the exchange of experiences in waiting rooms may help men to understand the effects and discomforts of therapy favoring their adaptation.

Descriptors: Leg ulcer; Compressive bandages; Chronic disease; Men's health; Masculinities.

EXPERIENCIAS DIARIAS DE HOMBRES CON ÚLCERAS DE LA PIERNA EN USO DE BOTA DE UNNA

Objetivo: Aprender las experiencias diarias de los hombres con úlceras de la pierna usando las botas de Unna. **Métodos:** Estudio cualitativo, realizado en una clínica ambulatoria de un hospital público en el estado de Bahia, entre septiembre y diciembre de 2016. Seis hombres con úlceras en las piernas han respondido a las entrevistas semi estructuradas, a continuación los datos han sido sometidos al análisis de contenido. **Resultados:** La terapia con Bota de Unna promueve ansiedad e incomodidad como dolor, exudación y olores con repercusiones en la movilidad física, el trabajo, el ocio, el cuidado del cuerpo y la sexualidad de los hombres, lo que los lleva a la dependencia del autocuidado y el aislamiento. El malestar es soportado por notar la reducción de la úlcera y la esperanza de lograr la curación. **Conclusión:** Invertir en la orientación de las personas antes de comenzar la terapia y alentar el intercambio de experiencias en las salas de espera puede ayudar a los hombres a comprender los efectos y las molestias de la terapia, favoreciendo su adaptación.

Descriptorios: Úlcera de la pierna; Vendajes compresivos; Enfermedad crónica; Salud masculina; Masculinidades.

¹Secretaria de Saúde de Santo Antonio de Jesus, BA, Brasil.

²Hospital Estadual da Criança, Feira de Santana, BA, Brasil.

³Faculdade Nobre de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

⁴Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

⁵Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, Colômbia.

⁶Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana BA, Brasil.

Autor correspondente: Evanilda Souza de Santana Carvalho | E-mail: evasscarvalho@yahoo.com.br

Conflitos de interesse: artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem, intitulado: "Cotidiano de homens com úlcera de perna em uso de bota de unna", Universidade Estadual de Feira de Santana, 2017.

Recebido: 09/04/2020 - Aceito: 25/01/2021

INTRODUÇÃO

A úlcera venosa crônica (UVC) constitui um dos maiores problemas relacionado às úlceras de perna. Correspondem a 70% das úlceras crônicas, estima-se que ela afeta cerca de 2-7% da população mundial, acarretando causando grande impacto socioeconômico e reduzindo a qualidade de vida dos pacientes por ela acometida¹. Causam desconforto e incapacidade, interferindo em vários aspectos da vida do adoecido, tais como: atividades laborais, qualidade de vida, alteração na imagem corporal e sexualidade²⁻⁴.

Em nossa realidade, uma das dificuldades para alcançar a cicatrização da úlcera de perna diz respeito ao limitado acesso às tecnologias adequadas e aos profissionais especializados, considerando que a maioria das pessoas que tem este problema crônico pertence à classe mais pobre, e os serviços públicos de saúde ainda não se encontram organizados para atender esta demanda⁵.

Dentre as terapêuticas recomendadas para o tratamento das úlceras de perna, encontra-se a terapia compressiva, que age diminuindo a hipertensão venosa crônica responsável pelo surgimento e a manutenção da lesão, favorecendo a cicatrização tecidual e a redução dos sinais e sintomas do membro acometido^{6,7}.

As ataduras compressivas são geralmente utilizadas na fase inicial do tratamento e podem ser inelásticas ou elásticas. Entre as inelásticas, a mais tradicional é a bota de Unna, que consiste de atadura impregnada com óxido de zinco, criando um molde semi-sólido para a realização da compressão externa. Essa bandagem pode proporcionar pressões maiores durante a deambulação da pessoa acometida e pressões menores, quando a pessoa se encontra em repouso⁸.

A construção social da imagem do homem impõe um padrão de corpo saudável, viril, forte e uma identidade masculina de trabalhador, chefe de família, sexualmente ativo, indivíduo invulnerável, fazendo com que os homens busquem os serviços de saúde apenas em situações de extrema urgência, com intercorrências graves que os impeçam de exercerem as atividades cotidianas, evidências ainda carentes na literatura⁹⁻¹².

Assim, este estudo foi guiado pela questão norteadora: Como os homens com úlceras de perna em uso de terapia compressiva (Bota de Unna) vivenciam seu cotidiano?

Diante disso o estudo tem o objetivo apreender as vivências cotidianas dos homens com a úlcera de perna em uso de Bota de Unna.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, realizado no ambulatório de um hospital público do Estado da Bahia, que assiste pessoas

com úlceras de perna. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de número: 1.670.337.

A aproximação com os participantes ocorreu durante as consultas de Enfermagem semanais as quais incluíam a avaliação da úlcera e a instalação da Bota de Unna. Nessa oportunidade os homens eram convidados a participar da pesquisa, em horários posteriores às consultas de modo a não comprometer o atendimento e possibilitar o planejamento do participante segundo a sua conveniência.

Participaram da pesquisa seis homens com idade entre 36 e 60 anos, apresentaram ocupações de trabalho braçal, informal e baixo retorno econômico. Possuíam baixo nível de escolaridade, encontravam-se casados e/ou em parceria conjugal, sendo que dois viviam sozinhos. Ambos apresentavam úlcera de perna por um período superior a 60 dias (dois meses) e se encontravam em tratamento com Bota de Unna.

Quanto a idade de surgimento da úlcera prevaleceu a idade adulta, entre os 20 e 44 anos. O tempo de duração menor foi de 2 anos, e o maior de 40 anos, sendo a média de tempo de permanência da lesão, de 15 anos e 5 meses. As lesões localizavam-se predominantemente no membro inferior esquerdo e o tempo de exposição à terapia compressiva variou entre uma a 104 semanas (2 anos). Não foram incluídos os homens com relato de dor ou desconforto no momento da entrevista.

Dos 10 homens convidados, três se recusaram a participar alegando falta de tempo, por residirem fora do município e depender de ambulância para o retorno imediato à sua residência, e um apresentava piora do estado geral e foi encaminhado para a emergência.

Foram explicados os objetivos do estudo, seguido da realização de entrevistas individuais, que ocorreram em consultório da unidade, resguardando a privacidade e anonimato dos participantes. As entrevistas tiveram duração mínima de 15 e máxima de 20 minutos, foram gravadas, posteriormente armazenadas em computador próprio da Universidade, transcritas na íntegra por uma das autoras, submetidas à organização conforme os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O material empírico foi submetido a análise de conteúdo temática, organizada por meio de três etapas: pré-análise, em que se realizou três leituras das entrevistas com a intencionalidade de operacionalizar e sistematizar os dados, grifar pontos relevantes, posteriormente foram organizados os dados por categorização e agrupamento em consonância com os objetivos propostos, seguido da codificação, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹³.

Para assegurar o anonimato dos participantes, neste artigo foram adotados códigos para identificação dos depoimentos, utilizando H de homem, sucedido do sistema alfanumérico, de acordo com a ordem de ocorrência das entrevistas. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Os conteúdos que expressam as vivências do cotidiano de homens com UVC, foram organizados em três categorias.

Categoria 1: Limitações impostas pela ferida e terapia compressiva

Evidenciaram-se inicialmente, os desconfortos causados pela ferida, os quais lhe provocam temores, limitação na vida social, para mobilizar-se, para desempenho das atividades laborais, o lazer, no relacionamento afetivo e sexual.

O sentimento de rejeição por repulsa da parceira e o medo de traumatizar a úlcera durante os encontros íntimos, e a dificuldade de encontrar uma companheira, foram ressaltados:

[...] acontece uma forma de preconceito, uma rejeição. Eu me senti rejeitado [...] em relação a questão sexual, no início cria-se um certo nojo por parte da parceira, e depois raramente acontece o sexo. (H5)

Ficou ruim para eu arranjar uma companheira, pois as pessoas só me vêem com um curativo. As mulheres de hoje querem homens que vivem em baladas, que gostam de curtidão, que bebem, fumam e eu não faço nada disso. (H6)

[...] às vezes eu fico como medo, tenho receio de machucar o ferimento durante a relação. Um ou o outro fica com medo, medo de que possa piorar (refere-se à úlcera), ou comprometer (refere-se ao tratamento). (H4).

As percepções das limitações geram frequente avaliação sobre os espaços a serem transitados, e sentimentos de incapacidade e frustração que repercutem no desenvolvimento de adaptações nas atividades da vida cotidiana com destaque para o suporte familiar. A relação entre o homem e o espaço é vital para entender sua posição e seu papel como membro de uma sociedade, membro de um sistema de família, membro de um trabalho e ocupação:

Eu não trabalho, mas o que eu faço não me prejudica pois eu já sei me controlar. Se o meu pé inchar e

doer um pouco eu já paro as atividades. [...] mas é uma situação difícil! As vezes tenho vontade de trabalhar, mas não consigo. Tenho vontade de andar, mas não posso, pois preciso evitar o abscesso. Às vezes me sinto um pouco atrasado (refere-se perceber-se limitado em relação às outras pessoas). Se o pé está começando a inchar eu procuro um lugar para me reservar, até ele voltar ao normal. [...] preciso repousar, observar os lugares que posso e aqueles que não posso frequentar. (H1)

O médico disse que eu não tinha condições de trabalhar, e eu sinto muito, porque eu fico muito acomodado, não tenho atividade alguma, e como não posso, tenho que me conformar. (H6)

[...] Parei de trabalhar. Antes eu vendia, mas as pessoas ficavam falando da situação da minha perna, aí resolvi parar. Minha família sempre me ajudou e ainda continua ajudando. (H4)

A limitação para o deslocamento, promovido pela úlcera favorece ao isolamento dos homens que passam a permanecer mais tempo dentro de casa, e menos nos espaços públicos. Entretanto, o uso da terapia não elimina essa limitação, visto que os participantes referem que o uso da bota de Unna os mantém presos ao espaço privado da casa por exigir repouso. A terapia também limita a prática de ações de lazer como frequentar praias, piscinas por expor o membro à umidade que é contra indicada durante seu uso. Parte do seu cotidiano é ocupado com o cuidado com a úlcera, e a disposição para atividades de lazer está intimamente relacionada à dificuldade de deslocamento nos espaços, levando-os a se sentirem incomodados e impossibilitados de se divertir:

A pessoa jovem precisa sair, precisa ir numa praia, mas não pode ir por conta dessa situação [...] eu às vezes saía, movimentava e a ferida ficava pior. Locomover é um pouco complicado. [...] o pé as vezes fica muito inchado, a cada dia ia crescendo, doía muito. [...] a Bota me impede um pouco de sair, de tomar banho em um parque, ou numa praia ou piscina, de ir ao shopping [...] tudo isso incomoda, pois, a maior parte do tempo eu passo praticamente em casa, só saio mesmo para as atividades básicas, como por exemplo fazer um curativo, e depois volto para casa. (H5)

O uso da terapia como uma alternativa para alcançar a cicatrização e livrar-se dos desconfortos e limitações causadas pela ferida motiva o homem a aderir ao tratamento,

reconhecendo que o tratamento faz parte de sua vida diária para alcançar bem-estar, funcionalidade e alcançar a normalidade de sua vida:

Eu tinha a vontade de que pudesse ficar bom logo e não precisasse usar a Bota. Queria minha perna livre. Eu me sinto na obrigação de usar a Bota para ficar bom do ferimento. Não é que eu me sinta preso, é que seu pudesse ficar bom para não ficar usando a Bota, seria melhor. (H6)

Outras mudanças no cotidiano dos homens com úlceras de perna, em uso de bota de Unna estão relacionadas ao padrão de sexualidade, que passa por alterações e exige negociação entre os parceiros para sua retomada ou adaptação. As adaptações quanto ao retorno das práticas afetivas e sexuais, no que tange ao diálogo com sua parceira e qualificação do encontro íntimo do casal, foram influenciadas positivamente pelas orientações profissionais conferidas nas unidades de tratamento.

No início eu tive até que me ausentar dela (esposa), até cheguei a trocar de cama. Meu filho ficou dormindo com ela e eu dormia em uma cama separada, sentia muitas dores, e para tentar melhorar, acabei me afastando mais dela. Só depois que eu comecei a fazer o tratamento, e fui até a hiperbárica, fui informado que ter relação sexual não iria interferir na minha situação, era só a questão do esforço e que eu teria que conversar mais com a minha parceira, para ela se esforçar mais do que eu. Foi aí que a gente conversou e entramos em acordo. (H2)

Eu tinha uma parceira, começamos bem, mas depois não deu mais certo e nos separamos. Disse que não iria ficar mais comigo porque eu estava doente. Comecei com outra, mas também não deu certo e agora estou sozinho mais uma vez. Ultimamente não estou tendo relações com ninguém. (H3)

A gestão dos sintomas desta doença faz com que a pessoa tenha autocontrole de sua vida, e mais quando a partir do padrão de vida sexual está envolvido, pelo que a pessoa sente solidão, discriminação e isolamento de parceiro e relacionamento com os outros membros da família.

Categoria 2: Desconfortos desencadeados pela terapia compressiva

O conteúdo destacou os desconfortos experimentados durante a terapia com Bota de Unna, com ênfase para a

ansiedade, dor e exsudação aumentada nas primeiras semanas de seu uso. Seguido de prurido, odores, sensação de pressão na perna, alterações no padrão de sono e repouso, irritabilidade e edema. Esses sintomas desagradáveis são reconhecidos e gerenciados a partir de sua experiência dos homens, porém o tempo, a paciência e as crenças sobre fé e esperança tornam-se evidentes nesse processo saúde-doença.

No primeiro dia dói, mas depois vou acostumando. Quanto eu tiro a Bota o pé fica um pouco inchado, por que está acostumando a viver apertadinho. Além disso, coça, mas a coceira é devido aos produtos que a Bota tem, mas nada que possa me prejudicar não me impede de dormir nem de caminhar. (H1)

Gera incomodo, de algum modo, ardia, doía, chorava (exsudava) muito, o mau cheiro, que ocorre quando passa o tempo, mas depois foi melhorando, o mau cheiro diminuiu e agora está bem melhor, não dói mais (H4)

Os homens vivenciam ansiedade diante de uma terapia nova e desconhecida, reforçada pelo desejo de que a úlcera cicatrize. O prurido e irritabilidade que geram incomodo muito grande, e conseqüentemente ao desejo de retirada antecipada das bandagens. A dor e ansiedade e suas variáveis potencializantes fazem com que os homens vivam experiências próximas a um sofrimento prolongado. Chamada agonizante, mas que culmina com o processo de autocuidado e higiene do membro, principalmente nos finais de semana:

Fico com ansiedade para acabar logo o tratamento [...]o ponto principal é a secreção e a dor. Dói muito. A Bota de Unna é difícil de utilizar, porque coça demais, dá uma agonia muito grande, fico até com vontade de retirá-la. Nas primeiras horas do dia sentia uma pressão e irritabilidade. (H5)

Às vezes fica minando (secretando), eu tiro a Bota aos domingos para dar uma limpeza melhor. Já me ensinaram e eu tiro para lavar a ferida. (H4)

É apontada também a mudança na forma de vestir-se como uma estratégia de proteção para evitar os olhares dos outros e constrangimento, optando por calças compridas para que a bandagem não fique à vista. Além disso, há a vergonha do odor e da secreção provocados pela úlcera de perna e pelo uso da bandagem, que contribui para o isolamento social e mudanças nos hábitos diários.

[...] às vezes tem que manter aquilo (ferida) coberta (por roupas compridas) para ninguém está vendo a mancha da secreção. (H1)

Para os homens, é importante ter aparência física socialmente aceitável, por isso eles assumem o cuidado não apenas do tratamento, mas também cuidam de sua privacidade e aparência das bandagens e limpeza.

Categoria 3: Aspectos positivos da terapia compressiva

A principal vantagem da terapia compressiva percebida pelos homens está na visível redução do tamanho da úlcera que evolui no sentido da cura. Esta aumenta sua motivação para continuar a terapia e a esperança em alcançar a tão desejada liberdade da rotina de cuidados imposta pelas úlceras.

Ela (a Bota de Unna) está ajudando muito, fechando, sarando [...] usar a bota é bom demais, se eu soubesse que tinha isso aí antes, eu já tinha começado há tempos e já estaria curado. (H2)

[...]isso aumenta minha a minha esperança de ficar bom [...] antes eu via um ferimento enorme e agora vejo resultado e evolução. Isso me deixa animado. (H5)

Fiz 90 seções de hiperbárica e não vi melhora nenhuma, e com a Bota agora já vejo. [...] o sentido é de ficar bom logo e não usasse mais, para ter minha perna livre. (H6)

A esperança em obter a cicatrização conduz os homens a experimentar variadas terapias, que por vezes fracassam, no entanto eles se sentem pressionados a continuar a perseguir a cura e recorrer a outras medidas terapêuticas. Pode-se inferir que os homens que utilizam Bota de Unna passam por três vivências significativas que são as limitações impostas pelas úlceras e pela terapia; os desconfortos desencadeados pela terapia compressiva e; aspectos positivos da terapia compressiva, que permitirão à equipe de saúde e em especial a enfermeira, identificar padrões de comportamento que guias para intervenções de enfermagem voltadas para o autogerenciamento, autocuidado e manejo de sintomas desagradáveis nesses homens.

DISCUSSÃO

A úlcera de perna e seu tratamento alteram o seu cotidiano dos homens, interferindo na sua vida profissional, pessoal, e no relacionamento familiar e conjugal. As limitações assimiladas nas atividades da vida diária remetem à perda de liberdade, que implica restrição na vida social, viagens, e

a autoimposição do uso de determinadas peças do vestuário. Isso produz repercussões na esfera psicoemocional, refletindo na autoimagem e autoestima do sujeito com UP impactando no modo de se relacionar com os outros^{14,15}.

A percepção da mobilidade prejudicada evidenciada desde a incapacidade ou dificuldade de realizar tarefas diárias à manifestação de sentimento de encarceramento, perda de liberdade, implicam em restrição na vida social. A dificuldade de locomoção acarreta inúmeras limitações, obrigando as pessoas com UP a reestruturarem as atividades do seu cotidiano e, em alguns casos, a sentirem-se dependentes de outros, dificultando também as relações sociais. Além disso, a lesão traz repercussões econômicas, refletindo nas suas condições de subsistência familiar. Visto que o afastamento do trabalho leva os homens a deixarem de contribuir com a economia familiar^{3,16-19}.

Em se tratando do público masculino, os resultados chamam a atenção para os aspectos relacionados ao ambiente produtivo, em que impera a restrição às atividades laborais, provocando incômodos e sentimento de incapacidade nos indivíduos adoecidos. Os homens se veem limitados para realizar atividades laborais, decorrentes dos sinais e sintomas da ulcera, ferindo a sua masculinidade, visto que o trabalho ocupa centralidade na identidade masculina³.

Nesta perspectiva, salienta-se que a busca do homem pelo restabelecimento da integridade da pele também almeja uma possível reinserção no mercado de trabalho e ocupação do status de masculino, o que figura expectativas futuras⁴.

A sexualidade também se encontra afetada, pois a existência da ulcera e seus desconfortos interferem diretamente no bem-estar. Tal situação é ocasionada em razão da ferida crônica causar redução da atividade sexual, culminando em baixa autoestima, falta de auto aceitação e, rejeição da parceira^{3,12,16}. Além disso, a sexualidade é afetada por fatores como: alteração dos padrões afetivos e sexuais permeados pela dor, odor, curativo, secreção e crenças religiosas, que foram também elencados pelos participantes^{12,20}.

As mudanças na vida sexual das pessoas com feridas crônicas não se limitam à ausência de sexo, estendendo-se à rejeição e ao abandono por parte da parceria, o que pode levar ao isolamento afetivo¹⁶. Os problemas relacionados à sexualidade geram impacto ao convívio social, familiar, nas relações de trabalho e relação conjugal, que estão diretamente relacionadas com as construções de gênero e masculinidades, historicamente construídas¹².

Os homens referiram redução de restrições autoimpostas sobre o corpo e o sexo, depois de receberem esclarecimentos pela enfermeira durante consulta. A comunicação

apropriada entre usuários e profissionais de saúde pode favorecer a adesão ao tratamento; por outro lado, a falta de vínculo e de um diálogo acolhedor promove insegurança e propicia o abandono do tratamento e baixa adesão ao autocuidado¹⁴.

No que se refere à terapia compressiva, os homens se percebem ansiosos diante da promessa de melhora da saúde, principalmente quando já acumulam experiências de insucesso de tratamentos prévios. Nesta perspectiva, sentem-se motivados a usar a Bota de Unna como uma possibilidade de cura da úlcera⁴. O cotidiano dessas pessoas é permeado por sofrimento psíquico, relacionado pela angústia gerada pelo tratamento e, principalmente, pela ansiedade do retardo cicatricial². Tal sofrimento é permeado pelo surgimento de incômodos causados pela Bota (odor exalado durante o uso, dor, dificuldade para higiene corporal e deambulação, constrangimento relativo à aparência das pernas)⁴.

A dor foi ressaltada como maior desconforto, principalmente nas primeiras semanas do uso da terapia. Esse desconforto pode acarretar repercussões negativas no bem-estar físico e mental dos adoecidos e levá-los à desistência do tratamento^{11,14,16}. A dor tem associação apresentada ao uso de terapia compressiva, mas pode apresentar menor sensação dolorosa e menor impacto nas atividades diárias, quando os pacientes recebem orientações sobre a terapia e sobre a importância da elevação dos membros inferiores¹⁴. Além disso, a dor pode prejudicar a cicatrização quando não é adequadamente manejada, podendo estimular a desistência da terapia¹⁴⁻¹⁶.

Intervenções para minimização da experiência dolorosa pode ser implementada por profissionais, como: administração de medicação analgésica momentos antes da troca de coberturas; utilização de medidas não farmacológicas como, ambiente acolhedor, calmo e tranquilo, explicação do procedimento; aplicação de técnicas de relaxamento, musicoterapia, aromaterapia, exercícios respiratórios e de visualização de imagens e escuta terapêutica^{3,16}.

Contudo, embora ressaltadas as desvantagens da terapia os homens vêm na Bota de Unna a possibilidade de cicatrização da úlcera de perna, elevando a expectativa em

restaurar sua rotina, o que estimula idéias otimistas que reavivam a esperança em obter melhora do estado de saúde^{5,12,17}.

Dentre as limitações deste estudo encontra-se o número reduzido de homens atendidos no serviço ambulatorial.

Este estudo poderá contribuir para compreensão da experiência dos homens adoecidos crônicos, e seus resultados poderão subsidiar enfermeiros para o planejamento do cuidado dirigidos aos homens, além de justificar a elaboração de protocolos e diretrizes pelos serviços de saúde, consonantes a realidade dos usuários.

CONCLUSÃO

Este estudo objetivou apreender as vivências do cotidiano dos homens com úlcera de perna que fazem uso da Bota de Unna, e evidenciou que as limitações ocasionadas pela úlcera de perna e pela terapia compressiva geram implicações em diversas esferas na vida dos homens.

Embora a Bota de Unna cause inúmeros desconfortos, ao comparar os insucessos de tratamentos anteriores com os resultados da terapia, os homens mostram-se esperançosos e nutrem expectativas de alcançar a cura.

Os resultados destacam a necessidade de investir no preparo dos indivíduos antes de iniciar a terapia, além de promover a participação dos homens em grupos para a partilha de experiências visando a compreensão dos desconfortos previsíveis e maior adesão.

Contribuição dos autores:

Laiane Silva Pinheiro: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; Vera Lúcia Galindo da Silva: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Evanilda Souza de Santana Carvalho: 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; Anderson Reis de Sousa: d) aprovação da versão final a ser publicada; Oscar Javier Vergara Escobar: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Álvaro Pereira: d) aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Souza EM, Yoshida WB, Melo VA, Aragão JA, Oliveira LA. Ulcer due to chronic venous disease: a sociodemographic study in northeastern Brazil. *Ann Vasc Surg*. 2013;27(5):571-6.
2. Waidman MA, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcon SS. Daily routines for individuals with a chronic wound and their mental health. *Texto Contexto - Enferm [Internet]*. 2011 [cited 2018 Sep 16];20(4):691-9. Available from: <https://www.scielo.br/scielo>.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400007&lng=en&nr m=iso&tlng=pt. Portuguese.

3. Silva MH, Jesus MC, Merighi MA, Oliveira DM, Biscotto PR, Silva GP. The daily life of men who lives with chronic venous ulcer: phenomenological study. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2013 [cited 2018 Sep 16];34(3):95-101. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/en_a12v34n3.pdf

4. Silva MH, Jesus MC, Oliveira DM, Merighi MA. Unna's boot: experience of care of people with venous ulcers. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 15];70(2):349-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200349
5. Lima MS, Carvalho ES, Gomes WS. Diagnósticos de enfermagem em mulheres usuárias de bota de Unna. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 Set 19];28(2):156-67. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9932/8867>
6. Belczak SQ, Gornati VC, Aun R, Sincos IR, Fragoso H. Treatment of varicose ulcer of the lower limbs by surgery and Unna boot: savings for the Brazilian healthcare system. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2011 [cited 2018 Oct 19];9(3):377-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082011000300377
7. Stansal A, Lazareth I, D'Ussel M, Priollet P. [How can leg ulcer pain be reduced?] *J Mal Vasc*. 2016;41(5):315-22. French.
8. Wounds International. Principles of compression in venous disease: a practitioner's guide to treatment and prevention of venous leg ulcers [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 5]. Available from: <https://www.woundsinternational.com/download/resource/5957>
9. Figueiredo WS, Schraiber LB. [Male users' and primary care services health professionals' conceptions of gender and possible impacts on men's health, São Paulo, Brazil]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2018 Oct 17];16 Suppl 1:935-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>. Portuguese.
10. Moura EC, Santos W, Neves AC, Gomes R, Schwarz E. [Men's health care in the scope of the Family Health Strategy]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 1];19(2):429-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00429.pdf>. Portuguese.
11. Lacerda FK, Carvalho ES, Araújo EM, Miranda NB, Dias AL, Almeida TA. Women with sickle anemia living with leg ulcers and pain. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2014 [cited 2018 Sep 22];8(7):2054-60. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9883/10128>
12. Ouro FL, Sousa AR, Moreira WC, Santos WN, Carvalho ES, Pereira A. Impacts on sexuality of men living with chronic wounds: integrative review. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 25];11(2):675-90. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11987/14549>
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
14. Salvetti MG, Costa IK, Dantas DV, Freitas CC, Vasconcelos QL, Torres GV. Prevalence of pain and associated factors in venous ulcer patients. *Rev Dor* [Internet]. 2014 [cited 2018 Sep 5];15(1):17-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n1/en_1806-0013-rdor-15-01-0017.pdf
15. Carvalho ES, Paiva MS, Aparício EC. [Awkward bodies, but not forgotten: representations of women and men about their wounded bodies]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 19];66(1):90-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a14.pdf>. Portuguese.
16. Lima LE, Salomé GM, Brito Rocha MJ, Ferreira LM. The impact of compression therapy with Unna's boot on the functional status of VLU patients. *J Wound Care*. 2013;22(10):558-61.
17. Dias TY, Costa IK, Melo MD, Torres SM, Maia EM, Torres GV. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com e sem úlcera venosa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [citado 2018 Out 23];22(4):576-81. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00576.pdf
18. Aguiar AC, Amaral L, Reis LA, Barbosa TS, Camargo CL, Alves MR. Changes in the lifestyle of people with venous ulcer. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 22];30(3). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/510/98>
19. Santos LS, Camacho AC, Oliveira BG, Nogueira GA, Joaquim FL. Influence of venous ulcer in patients' quality of life: an integrative review. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 22];9 Suppl 3:7710-22. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10512/11391>
20. Haywood C Jr, Lanzkron S, Bediako S, Strouse JJ, Haythornthwaite J, Carroll CP, et al. Perceived discrimination, patient trust, and adherence to medical recommendations among persons with sickle cell disease. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 05];29(12):1657-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4242876/>

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Ellen Nogueira da Silva¹
Andressa Midori Sakai¹
Celita Salmaso Trelha¹
Marcos Aparecido Sarria Cabrera¹
Mara Solange Gomes Dellaroza¹

<https://orcid.org/0000-0003-1906-5077>
<https://orcid.org/0000-0002-0974-1943>
<https://orcid.org/0000-0001-5643-9002>
<https://orcid.org/0000-0001-9786-9674>
<https://orcid.org/0000-0002-7869-540X>

Objetivo: Avaliar medidas de prevenção de quedas prescritas e realizadas em idosos hospitalizados. **Métodos:** Estudo quantitativo, transversal, realizado em hospital público terciário, entre 2015 e 2016. **Resultados:** A amostra foi composta por 153 idosos, 101 (66,0%) eram mulheres. O risco de queda foi de 60,9% (92), sendo as mulheres com maior chance de queda ($p=0,0016$). A medida de prevenção relacionada a sinalização do risco de queda no leito não foi prescrito para 75,0% (69) dos idosos com risco, entretanto, este cuidado foi realizado para 92,4% (85) dos idosos. O uso de grade elevada do leito foi prescrito para 78,3% (72) dos idosos com risco de queda ($p=0,006$) e este cuidado foi realizado para 70,7% (65) dos idosos com risco e 54,2% (32) sem risco de queda. **Conclusão:** As medidas para prevenção de queda foram realizadas com maior frequência do que prescritas para todos os idosos, independente do risco de queda.

Descritores: Idoso; Acidentes por quedas; Hospitalização; Segurança do paciente; Cuidados de enfermagem.

FALL PREVENTION STRATEGIES IN HOSPITALIZED OLDER ADULTS

Objective: To evaluate fall prevention strategies prescribed and performed for hospitalized older adults. **Methods:** This was a quantitative, cross-sectional study conducted in a tertiary public hospital between 2015 and 2016. **Results:** The sample consisted of 153 older adults, 101 (66.0%) of whom were women. Risk of falling was found in 60.9% (92), and women had a higher chance of falling ($p=0.0016$). Visual signaling of fall risk on the bed was not prescribed for 75.0% (69) of the elderly patients at risk, however, this precaution was taken for 92.4% (85) of those patients. Maintaining bed rails elevated was prescribed for 78.3% (72) of the elderly patients at risk of falling ($p=0.006$). This precaution was taken for 70.7% (65) of the patients at risk and 54.2% (32) of those not at risk of falling. **Conclusion:** Fall prevention strategies were performed more frequently than prescribed for every elderly inpatients, regardless of risk for falling. **Descriptors:** Aged; Accidental falls; Hospitalization; Patient safety; Nursing care.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

Objetivo: Evaluar medidas de prevención de caídas, prescritas y realizadas en ancianos hospitalizados. **Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, realizado en un hospital público terciario, entre 2015 y 2016. **Resultados:** La muestra fue compuesta por 153 ancianos; 101 (66,0%) fueron mujeres. El riesgo de caída fue de 60,9% (92), predominando en las mujeres la mayor posibilidad de caídas ($p=0,0016$). La medida de prevención, relacionada a la señalización del riesgo de caída de la cama, no fue prescrito para 75,0% (69) de los ancianos con riesgo; sin embargo, este cuidado fue realizado para el 92,4% (85) de los ancianos. El uso de rejilla elevada en la cama fue prescrito para 78,3% (72) de los ancianos con riesgo de caída ($p=0,006$); este cuidado fue realizado para 70,7% (65) de los ancianos con riesgo y 54,2% (32) sin riesgo de caída. **Conclusión:** Las medidas para prevención de caídas, fueron realizadas con mayor frecuencia que las prescritas para todos los ancianos, independientemente de los riesgos de caídas.

Descriptorios: Anciano; Accidentes por caídas; Hospitalización; Seguridad del paciente; Atención de Enfermería.

¹Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.
Autor correspondente: Andressa Midori Sakai. E-mail: andressasakai@hotmail.com
Recebido: 22/04/2020 - Aceito: 28/01/2021

INTRODUÇÃO

Considera-se idosos cronologicamente e coletivamente no Brasil, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos¹, sendo este o seguimento populacional que mais cresce, devido a diminuição nas taxas de fecundidade e mortalidade. Estima-se que nos próximos 40 anos, a população idosa brasileira crescerá 3,2% ao ano e atingirá 64 milhões de idosos no país².

O envelhecimento populacional repercute no aumento da demanda da assistência das instituições de saúde, especialmente no ambiente hospitalar. Neste ambiente o idoso é exposto aos riscos do processo de cuidar, dentre esses riscos estão as quedas³.

Queda é definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição inicial, provocada pela interação de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos⁴. Os fatores intrínsecos relacionam-se ao próprio envelhecimento fisiológico, as morbidades, déficit no sistema musculoesquelético, audição, visão e quedas anteriores, já os fatores extrínsecos são decorrentes dos riscos ambientais, tais como condições do piso, iluminação deficitária e calçados inadequados^{4,5}.

A queda é considerada dos principais desafios para segurança do paciente, visto as consequências negativas na mobilidade e até mesmo na mortalidade que esse evento adverso representa aos idosos⁶. Estudos apontam índices de queda^{1,7} que variam de 1,4 a 10,7 e 1,4 a 17,9 para cada 1.000 pacientes por dia, respectivamente.

Com objetivo de minimizar os riscos que o paciente é exposto, em 2013, no Brasil a portaria nº 2.095, aprovou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente⁸, dentre esses, o protocolo de prevenção de queda, laborado com a finalidade de reduzir a queda de pacientes, especificamente no ambiente hospitalar durante todo o período de hospitalização do paciente⁹. Neste protocolo, a avaliação de risco de queda de todos os pacientes deve ser realizada, bem como os registros em prontuários deste risco, além de medidas de prevenção serem prescritas e implantadas conforme o risco dos pacientes⁹.

Diante do aumento da frequência de hospitalização dos idosos é essencial que a equipe de saúde, especialmente de enfermagem implemente ações efetivas de prevenção de quedas já propostas em *Guidelines* sobre Segurança do Paciente para diminuir índices de morbimortalidades e minimizar os problemas deste agravo. Sabe-se que apesar dos *Guidelines*, muitas vezes a prática dos serviços de saúde não consegue incorporar de maneira efetiva as orientações. Assim é importante avaliar o quanto a equipe de saúde tem conseguido implementar a prescrição e realização

das ações propostas nos *Guidelines*, já que somente dessa forma será possível impactar positivamente na qualidade da assistência prestada.

Com isso, o objetivo deste estudo foi avaliar medidas de prevenção de quedas prescritas e realizadas em idosos hospitalizados e associá-las com o risco de queda.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, a partir da triangulação de dados com coleta por meio de entrevista, análise de prontuário e observação.

Estudo realizado em um hospital universitário público de nível terciário do sul do Brasil, com 300 leitos.

A população do estudo foi composta por idosos ≥ 60 anos de idade, que permaneceram internados a no mínimo 48 horas e que tiveram escore do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ≥ 13 . A amostra por conveniência do estudo foi recrutada de acordo com o período de internação dos idosos.

Os critérios de exclusão foram os idosos que não apresentaram condições clínicas de responder a pesquisa, escore do MEEM < 13 e que não estivessem com um acompanhante habilitado, mesmo após três tentativas de coleta em dias e horários variados. Foram considerados acompanhantes habilitados aqueles que tivessem permanecido no mínimo quatro horas seguida com o idoso anteriormente a realização da pesquisa (para que tivesse condições de responder sobre os cuidados realizados) e os acompanhantes com idade acima de 60 anos teriam que obter escore do MEEM ≥ 13 .

A coleta de dados foi realizada entre o segundo semestre de 2015 ao primeiro semestre de 2016. Antes de iniciar a coleta realizou-se teste piloto com 10 idosos, após a realização do piloto foram feitas as adequações na formatação do instrumento de coleta. Os dados foram coletados por meio de instrumento que compreendeu a análise de prontuário, para colher informações sobre prescrição de enfermagem de cuidados de prevenção de queda.

A entrevista com o participante, abordou sobre as variáveis de identificação do idoso (idade, sexo, grau de escolaridade, dados de identificação do acompanhante), confirmação dos dados coletados no prontuário e se os cuidados de enfermagem foram prescritos e realizados.

Para avaliar o risco de queda do idoso, utilizou-se a escala de risco de queda (*Fall Risk Score*) criada por Downton (1992) e disponibilizada publicamente em (1993)¹⁰. A escala de Downton aplica cinco critérios a avaliação do risco de quedas do idoso: já sofreu quedas anteriormente; faz uso de alguma medicação; apresenta algum déficit sensorial; avaliação do estado mental e avaliação da marcha. A pontuação do instrumento varia de 0 a 11, e o idoso é classificado

com alto risco de queda quando apresenta uma pontuação igual ou superior a três¹¹. Neste estudo os idosos que obtiveram a pontuação de 0 a 2 foram considerados sem risco de queda e os que fizeram 3 ou mais pontos foram considerados com risco de queda.

Foram realizadas análises descritivas das características da população e dos cuidados fornecidos para a prevenção de risco de queda. Para verificação de associação entre as variáveis dependentes e independentes, utilizou-se o programa *Epi Info* 7.1.4.

O estudo foi aprovado Comitê de Ética em Pesquisa da Envolvendo Seres Humanos (Parecer 916.297-14/12/2014), obedecendo todos os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi devidamente assinado por todos os participantes que aceitaram em participar do estudo.

RESULTADOS

O número total de idosos que preencheram o critério de inclusão deste estudo foram 220, sendo que 54 receberam alta e 25 não puderam ser entrevistados por razões diversas como cirurgia, recusa, transferência para UTI, o que caracterizou como perda de 36%.

Assim, a amostra do estudo foi composta por 153 idosos, 101 (66%) mulheres e 52 (34%) homens, 66% raça branca, idade mediana de 70 anos, conforme mostra a (Tabela 1).

O escore do MEEM dos idosos avaliados variou de 0 a 25 pontos, com média 14,14. Destes 20 (13,7%) idosos apresentaram escore entre 1 e 12 sendo a escolaridade máxima de 4 anos, 32 (22,8%) apresentaram escore no MEEM entre 13 e 18, sendo a escolaridade máxima de 7 anos, porém estes também não obtiveram condições de responder. Assim dentro dos critérios definidos pela pesquisa 52 (33,98%) idosos tiveram os questionários respondidos por seus acompanhantes.

No entanto, durante o processo de coleta observou-se que em 14 outras entrevistas os acompanhantes tiveram que colaborar com algumas informações. Assim, dos 153 questionários respondidos 43,13% (66) houve colaboração de acompanhantes nas respostas. A pontuação média do MEEM com aqueles que tiveram risco de queda foi de 2,8 e aqueles sem risco de queda a média foi de 2,6.

Na tabela 2, demonstra o escore da escala de risco de queda conforme o sexo, o qual, os idosos com maior chance de sofrer queda foram as mulheres 70 (76,6%) ($p = 0,00162$). Evidenciando no total 92 (60,9%) idosos com risco de queda.

A queda no último mês foi referida por 64 idosos, desses 49 (76,6%) apresentaram risco de queda e 15 (23,3%) foram classificados sem risco de sofrer queda, conforme escore da escala de queda. Assim, apresentar quedas no último

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as características sociodemográficas

Variáveis	n (%)
Cor da Pele auto referida	
Branca	101(66,1)
Preta	27(17,6)
Parda	25(16,3)
Sexo	
Feminino	101(66,0)
Masculino	52(34,0)
Idade (anos)	
Média	70
Desvio Padrão	7,96
Mediana	70
1º quartil	65
3ª quartil	75
Escolaridade (anos)	
Analfabeto	56(38,6)
Algum tempo de estudo	89(61,0)
Escolaridade (anos)	
Média	3,81
Desvio Padrão	3,17
Mediana	3,0
1º quartil	1,5
3ª quartil	4,0
Escore do MEEM (n=153)	
Média*	14,14
Desvio Padrão	8,39
Mediana	18
1º quartil	8
3ª quartil	21

Fonte: Próprio autor: *Valores calculados considerando os idosos que não tiveram condições de responder ao MEEM como escore "0" zero.

mês aumenta em 55% a chance de ser categorizado como um idoso com risco de queda durante a hospitalização.

Em relação ao desempenho cognitivo, 82,1% (23) dos idosos com déficit apresentaram o risco de sofrer uma queda. Enquanto nos idosos sem déficit cognitivo o risco de queda ocorreu 32 (53,3%). A presença do baixo desempenho cognitivo aumenta a chance de ser classificado como com risco de queda em 54% comparado com os que não possuíam déficit cognitivo.

Na tabela 3 apresenta a associação cuidados prescritos para prevenção de queda segundo o escore da escala de avaliação de risco de queda.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo Sexo, Ocorrência de quedas, desempenho cognitivo, relacionados ao risco de quedas

Variável	Com risco de queda n(%)	Sem risco de queda n(%)	Total n(%)	Risco relativo	p-value
Sexo					0,0016
Feminino	70(76,1)	31(52,5)	101(66,9)		
Masculino	22(23,9)	28(47,5)	50(33,1)		
Total	92(100)	59(100)	151(100)		
Queda no último mês				1,5499	0,0004
Sim	49(76,6)	15(23,3)	64(100)		
Não	41(49,4)	42(50,6)	83(100)		
Total	90(61,2)	57(38,8)	147(100)		
Desempenho cognitivo				1,5402	0,004
Com déficit	23(82,1)	5(17,9)	28(100)		
Sem déficit	32(53,3)	28(46,7)	60(100)		
Total	55(62,5)	33(37,5)	88(100)		

Os resultados desta tabela mostram que a prescrição dos cuidados como registro de necessidade de promover um ambiente seguro, seguidos da prescrição de auxílio a movimentação no leito e fora do leito e sinalização do risco de queda no leito, possui um percentual de prescrição abaixo de 25% dos idosos com risco de queda. Ainda, a prescrição de necessidade do uso de grade no leito apresentou significância estatística (p= 0,006), sendo prescrito para 70 (78,3%) para os idosos com risco e para 34 (57,6%) para os idosos sem risco de sofrer queda.

Na tabela 4 está descrito a associação dos cuidados realizados para a prevenção de risco de queda segundo o escore da escala de risco de queda.

O cuidado de sinalização do risco de queda no leito foi realizado para 92,4% e 81,4% para idosos com risco e sem risco de queda, respectivamente, apresentando significância estatística (p=0,025).

Em relação a associação do escore do risco de queda e os cuidados prescritos e realizados (Tabela 5), é possível observar que as medidas de prevenção de queda relacionado ao uso de vestuário e calçado adequados para movimentação segura, a orientação para o idoso e/ou familiares como prevenir a ocorrência de queda e também sobre os efeitos colaterais das medicações foi realizada acima de 50% dos idosos com risco de queda, porém a prescrição ocorreu abaixo de 6,5% para os idosos com risco.

Tabela 3. Associação entre escore da escala de avaliação do risco de queda e a prescrição de cuidados para prevenção de queda hospitalar

Variável	Registro no Prontuário sobre risco de queda do idoso ao ser internado.				Prescrição de auxílio nos cuidados de higiene pessoal relacionada às necessidades fisiológicas para os pacientes com risco de queda.				Total
	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	
Com risco	25(27,2)	65(70,7)	2(0,7)		51(55,4)	39(42,4)	2(2,2)		92
Sem risco	17(28,8)			*1,3188	28(47,5)	30(50,8)	1(1,7)	*1,0413	59
Total	42(27,8)	107(70,9)	2(1,3)		79(52,3)	69(45,7)	3(2,0)		151
	Registro de necessidade de promover um ambiente seguro				Há sinalização do risco de queda no leito				
	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	
Com risco	6(6,5)	85(92,4)	1(1,1)		22(23,9)	69(75,0)	1(1,1)		92
Sem risco	2(3,4)	56(94,9)	1(1,7)	*0,7904	12(20,3)	45(76,3)	2(3,4)	*1,1712	59
Total	8(5,3)	141(93,4)	2(1,3)		34(22,5)	114(75,5)	3(2,0)		151
	Prescrição de necessidade de uso de grade no leito				Prescrição de auxílio a movimentação do paciente no leito ou fora do leito				
	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	
Com risco	72(78,3)	20(21,7)	0(0,0)		11(12,0)	76(82,6)	5(5,4)		92
Sem risco	34(57,6)	25(42,4)	0(0,0)	*0,006071	4(6,8)	53(89,8)	2(3,4)	*1,5135	59
Total	106(70,2)	45(29,8)	0(0,0)		15(9,9)	129(85,4)	7(4,6)		**151

*Teste Exato de Fisher; ** "n" nesta tabela de 151 devido à falta de preenchimento do banco de dados

Tabela 4. Associação entre escore de escala de avaliação do risco de queda e a realização dos cuidados para prevenção de queda hospitalar

Variável	Registro no Prontuário sobre risco de queda do idoso ao ser internado.				Prescrição de auxílio nos cuidados de higiene pessoal relacionada às necessidades fisiológicas para os pacientes com risco de queda.				Total
	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	
Com risco	40(43,5)	50(54,3)	2(2,2)		55(59,8)	36(39,1)	1(1,1)		92
Sem risco	25(42,4)	34(57,6)	0(0,0)	*1,3623	26(44,1)	31(52,5)	2(3,4)	*4,0717	59
Total	65(43,0)	84(55,6)	2(1,3)		81(53,6)	67(44,4)	3(2,0)		**151
Registro de necessidade de promover um ambiente seguro				Há sinalização do risco de queda no leito				Total	
Com risco	54(58,7)	38(41,3)	0(0,0)		85(92,4)	7(7,6)	0(0,0)		92
Sem risco	24(40,7)	34(57,6)	1(1,7)	*5,88271	48(81,4)	11(18,6)	0(0,0)	*0,025	59
Total	78(51,7)	72(47,7)	1(0,7)		133(88,1)	18(11,9)	0(0,0)		**151
Prescrição de necessidade de uso de grade no leito				Prescrição de auxílio a movimentação do paciente no leito ou fora do leito				Total	
Com risco	65(70,7)	26(28,3)	1(1,1)		26(28,3)	58(63,0)	8(8,7)		92
Sem risco	32(54,2)	27(45,8)	0(0,0)	*5,2862	16(27,1)	42(71,2)	1(1,7)	*3,3326	59
Total	97(64,2)	53(35,1)	1(0,7)		42(27,8)	100(66,2)	9(6,0)		**151

*Teste Exato de Fisher; ** "n" nesta tabela de 151 devido à falta de preenchimento do banco de dados

Tabela 5.- Associação dos cuidados de orientações para prevenção de queda conforme a prescrição e realização segundo o escore de risco de queda

Escore	PRESCRIÇÃO						REALIZAÇÃO					
	Orientação sobre o uso de vestuário e calçado adequados para movimentação segura						Orientação sobre o uso de vestuário e calçado adequados para movimentação segura					
	Com risco n(%)		Sem risco n(%)		Total n(%)		Com risco n(%)		Sem risco n(%)		Total n(%)	
Sim	1	(1,1)	2	(3,4)	3	(2,0)	51	(55,4)	17	(28,8)	(68)	45,0
Não	88	(95,7)	56	(94,9)	144	(95,4)	40	(43,5)	41	(69,5)	(81)	53,7
NA	3	(3,3)	1	(1,7)	4	(2,6)	1	(1,1)	1	(1,7)	(2)	1,3
Total	92	(100)	59	(100)	151**	(100)	92	(100)	59	(100)	(151**)	100
Orienta o paciente e os familiares sobre como prevenir a ocorrência de queda						Orienta o paciente e os familiares sobre como prevenir a ocorrência de queda						
Sim	6	(6,5)	2	(3,4)	8	(5,3)	61	(65,3)	15	(25,4)	(76)	50,3
Não	81	(88,0)	56	(94,9)	137	(90,7)	29	(31,5)	43	(72,9)	(72)	47,7
NA	5	(5,4)	1	(1,7)	6	(4,0)	2	(2,2)	1	(1,7)	(3)	2,0
Total	92	(100)	59	(100)	151**	(100)	92	(100)	59	(100)	(151**)	100
Orienta o paciente/família/accompanhante sobre efeitos colaterais de medicamentos que podem contribuir para queda.						Orienta o paciente/família/accompanhante sobre efeitos colaterais de medicamentos que podem contribuir para queda.						
Sim	1	(1,1)	1	(1,7)	2	(1,3)	47	(51,1)	20	(33,9)	(67)	44,4
Não	87	(94,4)	56	(94,9)	143	(94,7)	43	(46,7)	37	(62,7)	(80)	53,0
NA	4	(4,3)	2	(3,4)	6	(4,0)	2	(2,2)	2	(3,4)	(4)	2,6
Total	92	(100)	59	(100)	151**	(100)	92	(100)	59	(100)	(151**)	100

** "n" nesta tabela de 151 devido à falta de preenchimento do banco de dados

DISCUSSÃO

A queda é considerada um evento multifatorial^{4,12}. Entre esses multifatores, o sexo feminino, a presença de quedas anteriores e déficit cognitivo foram evidenciados nesta

pesquisa e o risco de queda também esteve presente em 60,9% dos idosos.

A feminização da amostra da população idosa, explicado por diversos fatores, também reflete nos serviços

de saúde, visto que as pacientes idosas são em maior número^{9,12}, dado que também foi evidenciado neste estudo. Ainda, nesta pesquisa as idosas apresentaram mais chance de sofrer queda, o que corrobora com demais estudos^{6,12,13}, pode-se justificar esta tendência devido as alterações musculoesqueléticas como diminuição de massa muscular, osteoporose e perda de massa óssea relacionada com a queda dos níveis de estrógeno presente no sexo feminino¹⁴.

Os idosos que apresentaram queda no último mês, tiveram 55% de chance de ser classificado como um idoso com risco de queda. Estudo que avaliou os fatores de risco de quedas, evidenciou que os idosos que possuem histórico de quedas nos últimos seis meses possuem 1,675 vezes mais possibilidade de cair do que aqueles não sofreram esse evento¹².

Outro fator que pode contribuir para o risco de queda do idoso é o déficit cognitivo, que pode ser justificado pelo declínio em algumas funções cognitivas que são responsáveis pelo planejamento motor, atenção em tarefas duplas e a percepção aos perigos ambientais¹⁵. Assim, os idosos com déficit cognitivo possuem uma percepção dos perigos ambientais minimizados, bem como uma avaliação errônea das suas próprias habilidades e uma desorientação espacial, predispondo-o ao risco de queda¹².

Dentre as medidas de prevenção de quedas prescritas, a necessidade do uso de grade no leito foi a medida de prevenção mais prescrita entre os enfermeiros nesta pesquisa. Estudo realizado em hospital universitário com o objetivo de identificar os cuidados de enfermagem prescritos, mostrou que 83,3% dos pacientes internados tinham em suas prescrições a necessidade de manter grade do leito elevada para prevenção de quedas¹⁶.

Em relação às orientações referentes as medidas de prevenção de queda e os efeitos colaterais das medicações para o idoso e seus familiares, a equipe de enfermagem realizou essas orientações, porém esse cuidado quase não esteve prescrito. Acredita-se que a sensibilização do paciente e familiares, bem como da equipe de enfermagem, pode contribuir para que mudanças ocorram na prevenção de quedas¹⁶.

Ainda em relação às orientações dos efeitos colaterais das medicações, hipoteticamente acredita-se que a equipe de enfermagem entenda que o profissional médico é o responsável em realizar essas orientações, entretanto, o trabalho multiprofissional contribui para promover atitudes positivas para evitar eventos de quedas aos idosos¹⁷.

Há necessidade de uma maior atenção para este agravo, mediante adequada avaliação do idoso para se obter uma prescrição e prevenção compatíveis com o risco de queda. Observou-se nos resultados deste estudo a necessidade de que tanto enfermeiros, que são responsáveis pela prescrição

de enfermagem, quanto auxiliares e técnicos, usem parâmetros científicos para definição e realização de cuidados, pois o que se destacou é que tanto na prescrição como realização da assistência direta não há um critério científico norteador. Cuidados imprescindíveis para a prevenção não estão sendo prescritos nem realizados para idosos com risco, enquanto são realizados para usuários sem risco.

Isto expõe a equipe e a instituição a um gasto de horas de trabalho, esforço e material, desnecessário, sem que o resultado esperado de um cuidado seguro seja garantido a todos que precisam. Diante desta realidade vale a reflexão: qual o papel exercido hoje pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições, de gerência do cuidado ou de cumprimento de um protocolo administrativo? Quais os determinantes desta realidade?

Para começar responder tais questões, se faz necessário a auditoria de prontuários como uma forma de identificar as dificuldades de fortalecimento da cultura de segurança do paciente¹⁸ relacionadas as quedas, bem como fortalecer a associação da SAE e da segurança do paciente¹⁹. Como também, a inserção de uma cultura de prevenção de quedas multifatorial e multiprofissional, vinculada com uma liderança eficaz poderá contribuir para minimizar a ocorrência do evento queda.

O estudo apresentou limitações em relação ao manuseio do prontuário do paciente, devido a não informatização, visto que são arquivados de forma atemporal em envelopes únicos. Também houve necessidade de releituras para compreensão da grafia não legíveis, o que dificultou a localização das variáveis coletadas.

Espera-se que ao analisar as medidas de prevenção de quedas, os profissionais de enfermagem, em especial o enfermeiro prescreva as medidas de acordo com o risco de queda apresentado pelo idoso e que a equipe realize esse cuidado de modo que reduza as morbimortalidades causada por este evento.

CONCLUSÃO

Conclui-se que ser do sexo feminino, ter apresentado queda precedente e apresentar déficit cognitivo são fatores para o risco de queda. Ainda, os cuidados e orientações para prevenção de quedas foram realizadas com maior frequência do que prescritos. O risco de queda avaliado pela escala de Downton não foi direcionador dos cuidados prescritos e realizados pela equipe de enfermagem a idosos internados.

Contribuição dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do manuscrito ou revisão crítica; e aprovação da versão final do artigo para publicação.

REFERÊNCIAS

1. Meneguim S, Ayres JA, Bueno GH. Caracterização das quedas de pacientes em hospital especializado em cardiologia. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 [citado 2017 Ago 29];4(4):784-91. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/13554/pdf>
2. Carneiro LA, Campino AC, Leite F, Rodrigues CG, Santos GM, Silva AR. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [Internet]. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - IESS; 2013 [citado 2020 Jan 25]. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/1apresentao.pdf>
3. Vaccari E, Lenardt MH, Willig MH, Betioli SE, Andrade LA. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2017 Ago 29];21(5):1-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45562>
4. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2020 Jan 22]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>
5. Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farias-Antúnez S, Ribeiro CG, Mirando VI, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2020 Jan 23];52:22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000103.pdf
6. Kobayashi K, Imagama S, Inagaki Y, Suzuki Y, Ando K, Nishida Y, et al. Incidence and characteristics of accidental falls in hospitalizations. *Nagoya J Med Sci* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 23];79(3):291-8. Available from: https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medlib/nagoya_j_med_sci/793/02_Kobayashi.pdf
7. Kalsing AA, Oliveira GG, Silva IS, Neris JC, Knorst MR, Urbanetto JS. Análise de fatores de risco de queda em idosos internados em um hospital terciário no sul do Brasil. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum* [Internet]. 2016 [citado 2019 Ago 29];13(1):48-60. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/5733>
8. Ministério da Saúde. Portaria No. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. *Diário Oficial da União*. 2013 Set 25;Seç. 1:113.
9. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Anexo 01: Protocolo de prevenção de quedas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
10. Schiaveto FV. Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
11. Reis LA, Nunes NS, Flôres CM. Risco de quedas em idosos: comparação entre a Fall Risk Store de Dowton e o teste de Timed Up And Go Test. *Interscientia* [Internet]. 2016 [citado 2020 Jan 23];1(3):28-38. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/45>
12. Smith AA, Silva AO, Rodrigues RA, Moreira MA, Nogueira JA, Tura LF. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 22];25:e2754. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100318&lng=en
13. Falcão RM, Costa KN, Fernandes MG, Pontes ML, Vasconcelos JM, Oliveira JS. Risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 24];40(esp):e20180266. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180266.pdf>
14. Cabral JV, Silva CM, Bispo DJ, Silva EM. Fatores de risco para quedas em idosos hospitalizados. *Holos* [Internet]. 2016 [citado 2017 Ago 29];32(3):328-37. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/2668>
15. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite IC. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2020 Fev 11];23(4):386-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400386&lng=en
16. Luzia MF, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VL, Pinho LB, Lucena AF. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 22];52:e03308. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100405&lng=en
17. Morris R, O'Riordan S. Prevention of falls in hospital. *Clin Med (Lond)* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 24];17(4):360-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28765417/>
18. Silva VA, Mota RS, Oliveira LS, Jesus N, Carvalho CM, Magalhães LG. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 23];10(3):28-33. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2064/542>
19. Pereira GN, Abreu RN, Bonfim IM, Rodrigues AM, Monteiro LB, Maria Sobrinho J. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 23];8(2):21-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/985>

DUPLA DIPLOMAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO CONTEXTO BRASIL E PORTUGAL

Mayara da Ventura Barbosa¹ <https://orcid.org/0000-0002-3374-8950>
Geovana Pflieger¹ <https://orcid.org/0000-0002-2953-1695>
Jeferson Rodrigues¹ <https://orcid.org/0000-0002-8612-9088>
Rosani Ramos Macchada¹ <https://orcid.org/0000-0001-8287-4171>
Marina Montezuma Vaquinhas² <https://orcid.org/0000-0002-1377-4326>

Objetivo: Descrever a vivência de estudantes de enfermagem em um programa de dupla diplomação entre a Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal. **Métodos:** Relato de experiência de duas acadêmicas de enfermagem do Estado de Santa Catarina, Brasil durante estágio curricular em Coimbra, Portugal. **Resultados:** O relato é composto pela vivência acadêmica nos diferentes campos de estágio como: clínica médico-cirúrgica, pediatria, saúde da mulher e obstetria, atenção à saúde do idoso e atenção básica em saúde. **Conclusão:** As experiências profissionais e pessoais vividas em Portugal mostraram-se fundamentais para a formação de profissionais confiantes e resilientes, receptivas às diversidades culturais e interessadas pela busca da excelência em enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Educação; Intercâmbio educacional internacional; Programas de graduação em enfermagem.

DOUBLE DIPLOMATION IN NURSING GRADUATION IN THE BRAZIL AND PORTUGAL CONTEXT

Objective: To describe the experience of students from Santa Catarina in the dual diploma program in the Undergraduate Nursing Course carried out by agreement between the Federal University of Santa Catarina - Brazil and the Higher Nursing School of Coimbra - Portugal. **Methods:** Experience report of two nursing students from the State of Santa Catarina, Brazil in the context of Coimbra, Portugal. **Results:** The report consists of academic experience in different internship fields, such as: medical-surgical clinic, pediatrics, women's health and obstetrics, health care for the elderly and primary health care. **Conclusion:** The professional and personal experiences lived during this year in Portugal proved to be fundamental to create confident and resilient professionals, receptive to cultural diversity and interested in the pursuit of excellence in nursing.

Descriptors: Nursing; Education; International educational exchange; Education, Nursing, diploma programs.

DIPLOMACIÓN DOBLE EN GRADUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE BRASIL Y PORTUGAL

Objetivo: Describir la experiencia de los estudiantes de Santa Catarina en el programa de doble diploma en el Curso de Pregrado de Enfermería realizado por acuerdo entre la Universidad Federal de Santa Catarina - Brasil y la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra - Portugal. **Métodos:** Informe de dos estudiantes de enfermería del estado de Santa Catarina, Brasil en el contexto de Coimbra, Portugal. **Resultados:** El informe consta de la experiencia académica en diferentes campos de prácticas, tales como: clínica médico-quirúrgica, pediatría, salud de la mujer y obstetricia, atención de la salud del anciano y atención primaria de salud. **Conclusión:** Las experiencias profesionales y personales vividas durante este año en Portugal demostraron ser fundamentales para crear profesionales seguros y resistentes, receptivos a la diversidad cultural e interesados en la búsqueda de la excelencia en enfermería.

Descritores: Enfermería; Educación; Intercambio educacional internacional; Programas de graduación en enfermería.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Autor correspondente: Geovana Pflieger | E-mail: geovana77@live.com

Recebido: 23/04/2020 Aceito: 28/01/2021

INTRODUÇÃO

O intercâmbio internacional durante a graduação é uma tendência, cuja origem está atrelada aos requerimentos da globalização, sobretudo, em países como o Brasil. O crescimento da competitividade impacta uma gama de setores da economia brasileira, inclusive na área da educação¹.

Diversas iniciativas têm sido geradas no sentido de integrar os sistemas universitários de distintas regiões do globo². A internacionalização é o conjunto de políticas e práticas desenvolvidas pelos sistemas acadêmicos, pelas instituições e pelos indivíduos para fazer frente ao ambiente acadêmico global³. Este conceito implica em uma abordagem organizada para oferecer uma experiência educacional sustentada em uma rica base de conhecimento disponível no mundo inteiro e que tem a marca de uma abertura cultural e global. O benefício das universidades torna-se ainda maior se tomarem a internacionalização como uma ferramenta para seu próprio desenvolvimento⁴.

A dupla diplomação proporciona um caminho para o fortalecimento de ações estratégicas as quais objetivam posicionar a enfermagem em um patamar de maior visibilidade internacional, permite realizar pesquisas multicêntricas, promove a mobilidade acadêmica com objetivo de complementar as pesquisas desenvolvidas nacionalmente, importar o conhecimento elaborado em outros contextos sociais e exportar os conhecimentos produzidos nacionalmente traduzidos em publicações e inovações⁵.

Além disto, caracteriza-se como uma oportunidade de crescimento pessoal que valoriza os aspectos culturais, amplia horizontes do graduando e permite a troca de experiências, sendo estas imprescindíveis para o avanço da enfermagem⁵.

O Programa Internacional de Dupla Diplomação na Universidade Federal de Santa Catarina é regido pela Resolução Normativa No. 37/CUn/2013 que permite aos estudantes da graduação, mediante integralização curricular, a obtenção de duplo diploma, reconhecido pela Universidade Federal de Santa Catarina e pela universidade estrangeira conveniada. A dupla diplomação em enfermagem entre a UFSC e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), visa a melhoria do ensino, pesquisa e da extensão. Sendo assim, os estudantes têm o diploma expedido pelas duas instituições, o que proporcionará ao profissional a abertura do mercado de trabalho em toda a Europa e no Brasil. Tal acordo possibilitou que duas estudantes de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina realizassem seu último ano do Curso de graduação em Coimbra, Portugal, consolidando, desta forma, a internacionalização da enfermagem^{6,7}.

Com base no cenário apresentado, os autores têm como objetivo descrever a vivência de estudantes de enfermagem em um programa de dupla diplomação entre a Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de duas acadêmicas de enfermagem que vivenciaram o Programa Internacional de Dupla Diplomação em Enfermagem na Graduação.

Este relato teve como cenário a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e os campos de estágio infracitados na homóloga cidade de Portugal.

O Programa de Dupla Diplomação, vivenciado pelas duas estudantes catarinenses, ocorreu no período de 11 de setembro de 2018 a 27 de julho de 2019. O processo de seleção das estudantes deu-se pelo Índice Acadêmico Acumulado (IAA), carta de interesse, analisada por representantes da Coordenação de Graduação em Enfermagem da instituição de origem e comprovação financeira para o custeio durante o Programa. A seleção dos conteúdos curriculares passou por avaliação de ambas as escolas. Foi realizada a equivalência curricular, que contemplou os conteúdos do quarto ano do curso de Licenciatura de Enfermagem em Portugal, e o quinto ano do curso de Bacharel em Enfermagem da UFSC. Ressalta-se que no Brasil o currículo do Curso de Enfermagem tem cinco anos e Portugal quatro anos.

Para a equivalência curricular, as acadêmicas realizaram os estágios: Médico- Cirúrgica e Reabilitação, Enfermagem em Saúde Mental, Enfermagem em Saúde do Idoso, Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem em Saúde Comunitária e Familiar. O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi desenvolvido com base na disciplina Grupos Vulneráveis, sustentada por aula teórica durante o programa de Dupla Diplomação com orientação de professora portuguesa e co-orientação de professor vinculado à instituição de origem.

Na instituição receptora, as acadêmicas contaram com a integração da Coordenação da Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC e foram acompanhadas continuamente pela Coordenação de graduação de enfermagem da UFSC.

Os participantes foram as acadêmicas que realizaram o Programa de Dupla Diplomação, bem como docentes e gestores das universidades envolvidas.

Este estudo não conta com fomentos e é isento de conflito de interesses. Desenvolveu-se respeitando a

privacidade e individualidade de cada instituição priorizando aspectos éticos e mantendo relação amistosa entre os países.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Os resultados são descritos conforme as vivências durante o estágio curricular e as observações desta experiência, na qual geraram possibilidades para identificar aspectos positivos e negativos perante a interpretação intrínseca das acadêmicas.

O primeiro estágio realizado foi Médico-Cirúrgica, com uma carga horária de 343 horas. Neste, foi possível compreender as competências do enfermeiro em Portugal. A realidade do país em relação à estrutura organizacional dos recursos humanos em enfermagem, sendo que a categoria profissional de enfermagem, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro⁸ é composta pelo enfermeiro generalista e enfermeiro especialista habilitado, trouxe-nos a um lugar incomum, pois no Brasil a equipe de enfermagem segundo a Lei do Exercício Profissional é composta por enfermeiro, parteira, técnicos e auxiliares de enfermagem^{9,10}.

Desta forma, em Portugal, o cuidado global é realizado pelo enfermeiro, partindo de cuidados menos complexos como conforto e higiene até cuidados de alta complexidade técnica e tomada de decisão. Os demais trabalhadores do hospital desempenham tarefas de apoio aos enfermeiros, destacando-se hotelaria, limpeza e organização do setor. As atividades gerenciais são exclusivamente desenvolvidas pelo Enfermeiro Chefe, cargo ocupado através de competência profissional, anos de serviço e interesse do profissional, sendo percebido pelas acadêmicas estilos de liderança diferenciados nos campos de estágios, sendo que as tomadas de decisão se apresentam verticais e seguem rigorosamente a hierarquia.

Em seguimento aos campos de prática, as estudantes experienciaram um contexto de saúde mental não vivenciado no Brasil durante a graduação. O estágio foi realizado em uma instituição manicomial com componente forense, ou seja, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Neste campo, os pacientes eram pessoas em cumprimento de medida de segurança jurídica por algum crime e que, apresentaram comprometimento do foro psíquico que impossibilitasse o cumprimento da pena no sistema judiciário comum. Essa experiência foi crucial para quebra de paradigmas e preconceitos outrora relevantes para as estudantes. A determinação, rigidez e organização, mas também humanização do cuidado aos pacientes designados como privados de liberdade, foi algo inédito

na formação. Neste contexto notou-se com clareza que a formação de vínculo e a escuta entre enfermeiro e paciente é determinante no processo de cuidar e reabilitar uma pessoa com agravo psíquico. Para as estudantes, que a priori tiveram contato com saúde mental no contexto brasileiro, em especial nos Centros de Atenção Psicossocial, foi interessante vivenciar um modelo manicomial de cuidados.

Num terceiro momento, a experiência em outro contexto ímpar de formação dos enfermeiros, uma instituição de longa permanência para idosos. Tendo em vista as características epidemiológicas da população portuguesa, em consonância com os países desenvolvidos e, em contraste com os países em desenvolvimento como o Brasil, os lares de idosos apresentam-se em grande quantidade na Europa e são instituições que empregam comumente recém-licenciados. Desta forma, foi importante vivenciar o cuidado direto ao idoso institucionalizado e perceber que, ao avançar do tempo, o Brasil que tende à inversão da pirâmide etária, poderá necessitar de enfermeiros especializados em saúde do idoso, que compreendam as nuances da senescência e senilidade e atuem com humanização neste contexto de cuidados¹¹. Destaca-se aqui que a formação de vínculo teve protagonismo durante todo o estágio e atuação na promoção da saúde foi determinante, uma vez que os residentes da instituição, fazem desta seu lar, sendo o enfermeiro responsável, junto com a equipe multidisciplinar, por criar um ambiente acolhedor e seguro para garantir a qualidade de vida.

No estágio de saúde materna e obstétrica, ambas as estudantes tomaram lugar no puerpério. Este funciona como alojamento conjunto, porém uma diferença cultural observada, entre o local de estágio e o do Estado de Santa Catarina, foi o acompanhante ter horário limitado de visita. O contraste com a realidade brasileira teve intensidade no primeiro momento, porém compreendemos as características específicas de cuidado e aos poucos percebemos que, de maneira cultural, havia humanização no cuidado, os protocolos de atenção à saúde do recém-nascido eram seguidos, assim como o acompanhamento social que é feito, sendo o governo de Portugal criterioso na análise das condições de saúde, educação e cuidados que o bebê receberá. Além disso, foi possível observar que o enfermeiro atua de forma autônoma e decisiva neste contexto, participando ativamente de todas as decisões e se fazendo notar e respeitar tanto pela mãe, quanto pelos familiares.

Este foi um dos estágios em que as estudantes tiveram maior autonomia de cuidado e enfrentaram maiores

tomadas de decisão, como gestão terapêutica, organização do serviço e rotinas, passagem de plantão e cuidados complexos ao binômio mãe-filho, assim como promoção da saúde quando da elaboração de materiais educativos. Neste bloco de aprendizado, as estudantes puderam experimentar momentos acadêmicos de partilha de conhecimento como fóruns realizados por estudantes para análise temática de artigos. Foi possível perceber quanto numerosa é a produção científica brasileira relacionada à saúde materno-infantil e a sua relevância em contexto europeu.

Como penúltimo campo de estágio, as estudantes estiveram no internamento infantil, clínica cirúrgica geral e ortopedia durante cinco semanas. Nesse período da aprendizagem, ficou claro o comprometimento que os pais portugueses demonstram com o cuidado aos filhos e que o processo parental é trabalhado pelo enfermeiro, possibilitando diagnósticos de enfermagem pela Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) voltados para o assunto da parentalidade. Neste contexto a exigência de excelência e raciocínio clínico esteve preponderante, garantindo às estudantes um incentivo extra para buscar conhecimento de forma contínua e sistemática. Regularmente eram apresentadas aos preceptores as chamadas fichas de aprendizagem, instrumentos de ensino que buscavam validar teoricamente a prática vivenciada nos campos de estágio. As estudantes deveriam desenvolver uma busca em bases de dados e literatura cinza para fundamentar suas dúvidas e, entregavam aos preceptores e professores para análise, o que integrava na avaliação do aproveitamento do bloco de ensino. Durante o internamento em pediatria, uma das estudantes pôde experimentar o procedimento interessante e multidisciplinar, quando se tratou de grandes queimados em pediatria: a balneoterapia do paciente queimado sob sedação. O procedimento exige rigor e competência pois, este cuidado é de alta complexidade, é coordenado pelo enfermeiro, sendo assistido por médico anestesista e auxiliado pelo auxiliar de ação médica.

O estágio de dez semanas na atenção básica foi elencado para finalizar as atividades teórico-práticas. As estudantes foram encaminhadas para compor a disciplina de Grupos Vulneráveis como opção de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Atuaram inseridas no estágio curricular de Saúde da Família e Comunitária em um Centro de Saúde e, concomitantemente, cumpriram atividades programáticas do TCC, com reuniões, aulas de pesquisa em bases de dados e acerca da temática proposta.

Foi um período árduo de estudos, porém as estudantes se encontravam em um momento de confiança conquistada, maior estabilidade e familiaridade com a cultura portuguesa, sendo este o final de um intenso ano de atividades e imersão nos serviços de saúde de Portugal, particularmente em Coimbra.

A experiência no Centro de Saúde ajudou as acadêmicas a determinar sua própria identidade profissional, contribuiu para uma maior confiança e autonomia para formação em enfermagem. Dentre as atividades desenvolvidas, destaca-se a diversidade. Às estudantes foi permitido e incentivado a prática diária de procedimentos técnicos de enfermagem aplicados em um amplo leque de patologias, o contato com a família, a realização de visitas domiciliares semanalmente, o desenvolvimento da oratória e liderança através de práticas grupais em contexto escolar para promoção da saúde e prevenção de doenças com adolescentes e crianças e, também, aprendizado multidisciplinar em um evento de colônia de férias, organizado anualmente pela EsenfC em parceria com outros cursos da Universidade de Coimbra, para promoção da saúde.

As estudantes tiveram que conciliar dois estágios curriculares simultaneamente a construção do TCC, o que exigiu destas trabalho em grupo e foco no objetivo que era a excelência na formação e garantia da continuidade do programa de dupla diplomação.

Dessa forma, este estágio possibilitou contatos diferenciados no atendimento ao paciente com Diabetes Mellitus, foco do nosso TCC, cuidados ungueais com tecnologia alemã, promoção da saúde, gestão medicamentosa e todas as vertentes que o enfermeiro atua nesta comorbidade. Ainda, observou-se que a prática de enfermagem no contexto de atenção básica é semelhante ao Brasil, onde há atendimento interdisciplinar, ou seja, consultas com participação do enfermeiro e médico. Porém, pode-se notar uma hierarquia mais marcante do que no Brasil, onde os enfermeiros atuam mediante protocolos e têm a autonomia mais consolidada.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

A concretização deste programa evidencia a importância da internacionalização na saúde e enfermagem. Esta experiência possibilitou a formação de vínculos acadêmicos entre as universidades, validação do diploma para atuar como enfermeira na União Europeia, aquisição de novos conhecimentos técnicos-científicos e a troca de saberes cultural, profissional e pessoal. Também auxiliou no desenvolvimento da identidade profissional,

formando enfermeiras mais confiantes e resilientes, receptivas às diversidades culturais e interessadas pela busca da excelência em enfermagem. Esta troca viabilizou acesso a outros contextos de cuidados, materiais e formas de fazer.

Sendo um projeto pioneiro, existiram dificuldades e melhorias são sugeridas para as duas entidades participantes, no que confere à comunicação entre tutores de ambas as instituições, acolhimento das estudantes recém chegadas em outro país, facilidade do acesso aos campos de estágio e organização sistemática dos blocos programáticos, para que não se torne um trabalho sobreposto e haja maior proveito das atividades propostas, sem atingir uma carga horária semanal exaustiva.

O contato com a formação da enfermagem portuguesa possibilitou presumir nuances da diferença profissional entre os países em questão. Mesmo que o enfermeiro em Portugal realize em sua maioria ações voltadas para a parte técnica, este não perde o raciocínio clínico, porém é um trabalho mais exaustivo em aspectos físicos. Demais atividades gerenciais e burocráticas realizadas pelo enfermeiro no Brasil, são competências do enfermeiro chefe no contexto português, possibilitando que o enfermeiro esteja mais presente à beira do leito, caracterizando-o como agente principal do cuidado direto ao indivíduo e família. Atribuímos a este contato tão íntimo o respeito conquistado pelo enfermeiro por parte do paciente, sendo assim uma relação muito mais horizontal que no contexto brasileiro.

Devido à necessidade organizacional brasileira, é importante destacar a autonomia garantida para a profissão através de protocolos e acordos institucionais, o que torna eficaz o atendimento às altas demandas com fluidez. Pode-se inferir que o enfermeiro como profissional ativo na tomada de decisões em relação às condutas terapêuticas e educação em saúde, anamnese e solicitação de exames por exemplo, é essencial para o desenvolvimento dos serviços

de saúde no Brasil e coloca-os como profissionais qualificados para atendimento da pessoa e família, de forma integral e resolutive.

CONCLUSÃO

As experiências profissionais e pessoais vividas em Portugal por duas estudantes brasileiras mostraram-se fundamentais para a formação de profissionais confiantes e resilientes, receptivas às diversidades culturais e interessadas pela busca da excelência em enfermagem. Esta troca possibilitou acesso a outros contextos de cuidados, materiais e formas de fazer, consolidando que a ciência Enfermagem só tem a se desenvolver, assim como o respeito e reconhecimento da própria classe e daqueles que são foco deste trabalho.

Por fim, as duas estudantes pioneiras neste processo de dupla diplomação, destacam o intercâmbio educacional como item essencial do desenvolvimento da profissão, que oportuniza aprendizados ímpares e traz também ganhos futuros para a prática de enfermagem com qualidade, universalidade e integralidade, assim como garantia de visibilidade da enfermagem portuguesa e brasileira no cenário internacional.

Contribuição dos autores:

Concepção do estudo: Barbosa, MV; Pflieger, G. ; Rodrigues, J. Coleta de dados: Barbosa, MV; Pflieger, G. Análise e interpretação dos dados: Barbosa, MV; Pflieger, G. Discussão dos resultados: Barbosa, MV; Pflieger, G.

Agradecimentos:

Agradecemos às instituições de ensino envolvidas pela iniciativa de internacionalizar o ensino em enfermagem, seus idealizadores e a todos tutores e professores de ambas as instituições que tornaram este programa possível de ser estruturado e testado, assim como tem atualmente continuidade.

REFERÊNCIAS

1. Celano AC, Guedes AL. Impactos da globalização no processo de internacionalização dos programas de educação em gestão. *Cad EBAPE. BR.* 2014;12(1):45-61.
2. Associação Nacional de Pós-Graduandos. Internacionalização da educação superior: a universidade e a américa latina [Internet]. 2019 [citado 2019 Abr 12]. Disponível em: <http://www.anpg.org.br/12/04/2019/internacionalizacao-da-educacao-superior-a-universidade-e-a-america-latina>
3. Altbach PG, Knight J. The internationalization of higher education: motivations and realities. *J Stud Int Educ.* 2007;11(3-4):290-305.
4. Dellaire C. Colaboração internacional: enfermagem em um mundo global. *Cogitare Enferm.* 2011;16(2):209-11.
5. Nora CR, Schaefer R, Schweitzer MC, Zoboli EL, Vieira MM. Dupla titulação em enfermagem: potencialidades e desafios de uma experiência de internacionalização acadêmica discente. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03311.

6. Rodrigues J, Machado RR, Bento MC, Fernandes AM, Amaral AF. Dual graduation diploma in nursing, Santa Catarina, Brazil and Coimbra, Portugal. *Texto Contexto - Enferm*. 2019;28:e20190103.
7. Rodrigues J, Machado RR, Bento MC, Fernandes AM, Amaral AF, Souza ML. International dual diploma program in undergraduate nursing programs between Brazil and Portugal. *Saudi J Nurs Health Care*. 2019;2(5):172-80.
8. Decreto-Lei No. 161, 4 de setembro de 1996. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros - REPE. *Diário da República* [Internet]. 1996 [citado 2020 Mar 21]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
9. Lei No. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. 1986 [citado 2020 Maio 5]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
10. Decreto-Lei No. 161/96. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*. 1996 Set 4;Série I-A:2959-62.
11. Marques Neto AC, Bandeira FJ, Vale JM, Brito SC. Competências do enfermeiro no rastreio precoce de demência em idosos na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2019;10(5):137-42.

ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS COM DIABETES MELLITUS TIPO I

Éverton Fernandes de Araújo¹

Anna Luísa Torres Ribeiro¹

Isla Vitória Oliveira Sousa de Pinho¹

Manuela Costa Melo¹

Verônica Jacomini de Abreu²

Érika Tayná de Souza Nascimento³

Luz Marina Alfonso Dutra⁴

Caren Castelar Queiroz⁵

<https://orcid.org/0000-0002-7753-5455>

<https://orcid.org/0000-0003-4160-7047>

<https://orcid.org/0000-0003-4510-5642>

<https://orcid.org/0000-0002-2018-1801>

<https://orcid.org/0000-0001-8104-2293>

<https://orcid.org/0000-0002-6809-1389>

<https://orcid.org/0000-0002-5154-8901>

<https://orcid.org/0000-0003-4810-6317>

Objetivo: Descrever a construção de tecnologia educacional sobre educação em saúde para crianças com diabetes mellitus tipo I. **Métodos:** Estudo metodológico embasado no processo de construção de tecnologia educacional de Teixeira e Mota. Este estudo apresentará a revisão literária e desenvolvimento da tecnologia educacional. Construção textual embasada no Construtivismo Piagetiano, demandas percebidas no diagnóstico situacional e na revisão da literatura. A criação das imagens foi elaborada por designer gráfico. **Resultados:** A construção textual atentou-se para adequação da linguagem e ilustrações. Evitou-se uso de termos científicos. As informações foram construídas em formato de história em quadrinho, os personagens foram desenhados para serem coloridos e há lacunas para preenchimento dos nomes. **Conclusão:** As tecnologias educacionais são ferramentas importantes utilizadas no processo de educação em saúde, facilita a atuação dos profissionais, especialmente enfermeiros, para uma assistência integral e envolve o paciente no processo ensino-aprendizagem.

Descritores: Educação em saúde; Diabetes mellitus; Tecnologia educacional; Criança; Pediatria.

DEVELOPMENT OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY ABOUT HEALTH EDUCATION FOR CHILDREN WITH TYPE I DIABETES MELLITUS

Objective: To describe the construction of educational technology on health education for children with type I diabetes mellitus. **Methods:** Methodological study based on the educational technology construction process of Teixeira and Mota. This study will present the literary review and development of educational technology. Textual construction was based on Piagetian Constructivism, demands perceived in situational diagnosis and literature review. The creation of the images was elaborated by graphic designer. **Results:** The textual construction focused on language adequacy and illustrations. Use of scientific terms was avoided. The information was built in a comic book format, the characters were designed to be colorful and there are gaps to fill in the names. **Conclusion:** Educational technologies are important tools used in the health education process, facilitate the performance of professionals, especially nurses, for comprehensive care and involve the patient in the teaching-learning process.

Descriptors: Health education; Diabetes mellitus; Educational technology; Child; Pediatrics.

ELABORACION DE TECNOLOGÍA EDUCATIVA SOBRE EDUCACIÓN EN SALUD PARA NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO I

Objetivo: describir la construcción de tecnología educativa en educación en salud para niños con diabetes mellitus tipo I. **Métodos:** Estudio metodológico basado en el proceso de construcción de tecnología educativa de Teixeira y Mota. Este estudio presentará la revisión literaria y el desarrollo de TE. La construcción textual se basó en el constructivismo piagetiano, las demandas entendidas en el diagnóstico situacional y la revisión de la literatura. La creación de las imágenes fue elaborada por el diseñador gráfico. **Resultados:** La construcción textual se centró en la adecuación del lenguaje y las ilustraciones. Se evitó el uso de términos científicos. La información fue construida en un formato de cómic, los personajes fueron diseñados para ser coloridos y hay espacios en blanco para completar los nombres. **Conclusión:** las tecnologías educativas son herramientas importantes utilizadas en el proceso de educación en salud, facilitan el desempeño de los profesionales, especialmente las enfermeras, para una atención integral e involucran al paciente en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Descriptorios: Educación en salud; Diabetes mellitus; Tecnología educacional; Niño; Pediatría.

¹Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

²Centro Universitário IESB, Brasília, DF, Brasil.

³Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

⁴Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

⁵Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente: Anna Luísa Torres Ribeiro. E-mail: annaluisatr@gmail.com

Conflitos de interesse: extraído do Trabalho desenvolvido no Programa de Iniciação Científica da Escola Superior em Ciências da Saúde, edital 2019 e 2020 - Avaliação da tecnologia para crianças com diabetes mellitus tipo 1, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal.

Recebido: 26/05/2020 - Aceito: 28/01/2021

INTRODUÇÃO

A enfermagem como ciência atinge áreas como assistência, gerência e educação. É uma profissão destinada a assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado. Dentre as necessidades de cuidado, destacam-se as doenças crônicas. O Diabetes Mellitus tipo I é um distúrbio crônico do metabolismo caracterizado pela destruição das células fipancréáticas, as quais produzem a insulina, o que geralmente leva à deficiência absoluta desse hormônio¹. Afeta majoritariamente crianças e adolescentes, que desde o diagnóstico, precisa receber informações para construir conhecimento sobre o processo saúde-doença e promover o autocuidado. Dentre os 10 países com maior número de casos de Diabetes Mellitus tipo I em crianças abaixo de 14 anos, o Brasil está em terceiro lugar, com 30.900 casos^{1,2}.

Tendo em vista a complexidade da doença, o enfermeiro que presta assistência à criança com diabetes mellitus percebe a necessidade de utilizar ou elaborar tecnologias educativas que facilitem o processo de educação em saúde de pacientes, familiares e cuidadores para entendimento do processo saúde-doença. Diante disso, as tecnologias educacionais são ferramentas úteis e importantes a serem utilizadas no processo de ensino que cerca a assistência de enfermagem³. Sendo assim, constata-se que a função da tecnologia é auxiliar na aquisição de novas habilidades e potencializar as já existentes, além de estabelecer uma relação entre o processo de aprendizagem e a aplicação à prática por meio de técnicas, oficinas, cartilhas e meios tecnológicos, com o intuito de auxiliar o profissional de saúde diretamente ligado a assistência⁴.

O Diabetes Mellitus tipo I provoca repercussões no cotidiano familiar e no crescimento e desenvolvimento da criança⁵. Em virtude disso, a educação em saúde é reconhecida como mecanismo eficaz na capacitação para o autocuidado, além de desenvolver o juízo crítico e a capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas. Esse enfoque educativo-terapêutico com as crianças diabéticas emergiu ao conhecer que tanto na prática hospitalar como no exercício ambulatorial, o enfermeiro tem dificuldades na abordagem à criança, de modo que ela e a família possam entender, decidir e agir em sua condição de saúde⁶.

A relevância do estudo justifica-se pela escassez de produções científicas na temática proposta e pela necessidade de desenvolver ações educativas relacionadas a prevenção e promoção da saúde. Sendo assim, pode contribuir para o adequado manejo da Diabetes Mellitus tipo I e reduzir os índices de morbidade e mortalidade, os custos com

internações e serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde, além de promover melhoria na qualidade de vida de indivíduos⁷. Além disso, possui potencial para inovação de processo, pois envolve a aplicação de estratégias, referenciais e métodos conhecidos, mas que sob a perspectiva da integração e interdisciplinaridade são inovadores, vislumbram e favorecem o rigor e diminuição de vieses nos resultados.

Dessa maneira, a fim de promover o autocuidado e o apoio ao familiar necessários ao manejo do Diabetes Mellitus tipo I pelas crianças, surgiu o seguinte questionamento: Como elaborar uma tecnologia educacional para crianças com diabetes mellitus tipo I recém diagnosticadas e quais os conteúdos e formas de apresentação são indicados? Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo descrever a construção de tecnologia educacional sobre educação em saúde para crianças com diabetes mellitus tipo I.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica embasado no processo de construção de tecnologia educativa⁸. Sendo assim, a tecnologia é desenvolvida em cinco fases: diagnóstico situacional; revisões de literatura; elaboração dos textos, ilustrações, layout e design; validação aparente e de conteúdo; e teste piloto. Neste estudo será apresentado a elaboração dos textos, ilustrações, layout e design.

Este estudo foi desenvolvido por pesquisadores pertencentes ao Grupo de Pesquisa na Saúde da Criança e Adolescente - GPESCA, grupo certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), desde 2017. O GPESCA é formado por acadêmicos de enfermagem, enfermeiros, *designer* gráfico, pedagogo e psicólogo.

Este estudo faz parte de grande estudo, sendo que as primeiras fases, diagnóstico situacional e revisões de literatura, foi desenvolvido entre novembro de 2017 a fevereiro de 2018, com a pesquisa intitulada "Auto relato da criança e adolescente no seu cotidiano com a diabetes mellitus: estudo narrativo", que ocorreu por meio de estudo exploratório, com abordagem qualitativa que buscou compreender o cotidiano de crianças e adolescentes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo I. O diagnóstico situacional foi realizado por meio de entrevista com crianças e adolescentes diabéticas, atendidas no Centro de Saúde especializado em hipertensão, diabetes e obesidade do Distrito Federal. As entrevistas foram gravadas, e utilizado roteiro semiestruturado com perguntas sobre o dia a dia, manifestação

da doença, cuidados, dúvidas e trajetória da doença. As informações coletadas geraram quatro temáticas: significância do diabetes mellitus para as crianças e os adolescentes, sentimento relacionado às mudanças ocasionadas pelo diabetes mellitus, aspectos relacionados aos hábitos de vida, alterações significativas para a vida. As narrativas foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo. Este diagnóstico serviu de base para identificar os aspectos necessários a elaboração da tecnologia. Portanto, este estudo tem o intuito de atualizar a revisão de literatura realizada na fase anterior, e realizar a elaboração das ilustrações, layout, design e textos. A fase de validação aparente e de conteúdo; e teste piloto, serão realizadas posteriormente.

O primeiro levantamento da literatura foi realizado nas bases de dados SciELO e Medline/PubMed, utilizando os descritores presentes no Descritores em Ciência da Saúde/Medical Subject Headings (DeSC/MeSH): "diabetes mellitus", "criança", "doença crônica", "insulina". Utilizou-se o descritor controlado "diabetes mellitus" associado por meio do operador booleano AND aos descritores supracitados. O segundo levantamento foi realizado nas bases de dados Biblioteca Digital de Teses e Dissertações - da Universidade de São Paulo (BDTD-USP), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Instituto Brasileiro de Informação e Ciência e Tecnologia (IBICT); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS); e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), e buscou identificar quais tipos de tecnologias impressas são mais utilizadas e indicadas para uso com crianças com diabetes mellitus tipo I que favorecesse o autocuidado. Utilizamos os descritores "material de ensino", "educação em saúde", "avaliação de tecnologias em saúde" e "materiais educativos e de divulgação". Utilizamos o descritor controlado "doença crônica" associado por meio do operador booleano AND aos descritores supracitados.

Em seguida ocorreu a elaboração dos textos, ilustrações, layout e design. Construiu-se a tecnologia educativa entre os meses de outubro de 2018 a julho de 2019. A elaboração do texto foi embasada no referencial teórico do Construtivismo Piagetiano, que descreve o desenvolvimento cognitivo nas seguintes fases: sensório-motor (0 a 2 anos), pré-operacional (2 a 7 anos), operatório-concreto (7 a 11 anos) e operacional-formal (11 anos até a idade adulta)⁹. A utilização desse referencial justifica-se pelas características específicas de cada fase do desenvolvimento infantil, o que norteia o processo de construção da tecnologia educacional.

Após a definição da temática, seguiu-se a definição do conteúdo a ser abordado. Para o conteúdo da tecnologia educativa, foram utilizados os seguintes referenciais teóricos: Diretrizes 2017-2018 da Sociedade Brasileira de Diabetes²; *National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*¹; e *Pocketbook for management of diabetes in childhood and adolescence in under-resourced countries - International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*¹⁰.

Na elaboração da tecnologia educativa foi desenvolvido o processo de edição e diagramação, obedecendo à critérios relacionados ao conteúdo, estrutura/organização, linguagem, layout e design, sensibilidade cultural e adequação à criança diabética. A escolha e criação das imagens foi realizada por um especialista em designer gráfico por meio dos aplicativos Adobe Photoshop versão 20.0.6 e Illustrator versão 23.0.6 e a diagramação e composição layout foi desenvolvido pelo programa Illustrator. Adobe Photoshop é um software caracterizado como editor de imagens bidimensionais. O Adobe Illustrator é um software gráfico focado na edição de imagens vetoriais. Nessa etapa ocorreu a junção das imagens com os textos elaborados com apoio do grupo participante, composto por três estudantes, três enfermeiros, um pedagogo e um psicólogo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - CEP - SES/DF. Para o desenvolvimento das duas primeiras fases, diagnóstico situacional e revisão de literatura, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - CEP - SES/DF, protocolo n. 2.166.881. Para o desenvolvimento das outras fases, elaboração das ilustrações, *layout*, *design* e textos, o projeto foi aprovado pelo mesmo Comitê CEP - SES/DF, protocolo n. 3.755.416.

RESULTADOS

O conteúdo textual foi elaborado com o objetivo de ser rico em informações, de maneira clara e sucinta, com base nas demandas de necessidades de aprendizagem percebidas nas fases de diagnóstico situacional e da revisão de literatura: conceito de diabetes, fisiopatologia do diabetes, atividades físicas, alimentação, prognóstico, autonomia da criança, controle glicêmico, monitorização da glicemia.

Todo o processo de elaboração atentou-se para a adequação da linguagem e das ilustrações, de modo a facilitar a compreensão por parte da criança e sua família. Para isso, evitou-se o uso de termos técnicos e científicos, e o texto foi revisado por uma pedagoga participante do grupo da pesquisa. As informações foram construídas em formato

de história em quadrinhos, pois possibilita o uso de frases curtas e objetivas.

O desenrolar da história ocorre no espaço da brinquedoteca. Os personagens que aparecem são: duas crianças com o mesmo diagnóstico médico, um acompanhante e um profissional de Enfermagem. Uma das crianças foi recém-diagnosticada com diabetes *mellitus* tipo 1 e a outra tem alguns dias de internação e, por isso, demonstra ter o conhecimento básico de sua doença.

Como forma de melhor compreensão didática, as necessidades de aprendizagem, anteriormente descritas, foram organizadas em sequência lógica e dividido em cinco tópicos: conceito de diabetes e fisiopatologia; insulino-terapia, monitorização da glicemia e controle glicêmico; alimentação; atividades físicas; prognóstico e autonomia.

O primeiro tópico abordado foi o conceito e fisiopatologia do diabetes, em que foi discutido durante a visita do profissional de saúde para medição da glicemia da criança recém-diagnosticada que não havia recebido nenhuma orientação. A discussão se desenvolve com questionamentos da criança acerca do que é diabetes, enquanto a outra criança com mais dias de internação, ajuda-o com respostas simples e com a utilização de associação entre diabetes e aumento de açúcar no sangue. Logo depois, o profissional explica a função da insulina no corpo e reforça a importância dela com um exemplo didático, no qual a insulina ajuda o açúcar a sair do sangue para o corpo de forma segura, representada pela travessia de uma faixa de pedestre.

O segundo tópico abordado foi a insulino-terapia, a monitorização e o controle glicêmico. A discussão se desenvolve quando o profissional diz que irá aplicar insulina na criança que está há mais dias na unidade e a outra questiona sobre o uso do medicamento. Em seguida, mostra-se os locais de aplicação no corpo da criança que receberá o medicamento com marcações em cor vermelha e reforça-se os pontos com a fala do mesmo personagem, que evidencia que é necessário o rodízio de aplicação. Para a monitorização e controle, utilizou-se o desenho de um semáforo para que a criança e a família se atentem aos níveis glicêmicos e ao uso correto da insulina.

O tópico subsequente é sobre a alimentação, em que a criança questiona sobre poder ou não ir em festas e comer doces. Este tópico é exposto de forma mais visual, apesar de a outra criança respondê-la de forma enfática, que é preciso ter uma boa alimentação, mas que ela pode ir às festas e comer o que quiser de forma cuidadosa sem exageros. A parte visual é realizada com a utilização de diversos alimentos saudáveis que devem fazer parte da dieta do paciente, como frutas e verduras.

No quarto tópico a criança indaga a respeito das brincadeiras em festas ao profissional, que afirma a importância da realização de atividades físicas. Como forma de reforçar sua relevância, são utilizadas 10 figuras que representam crianças durante a prática de vários esportes.

O quinto tópico a ser discutido trata-se do prognóstico da doença e autonomia, quando a criança questiona se algum dia será curada e o profissional explica-lhe que ainda não existe a cura para a doença. Com o intuito de promover a autonomia da criança, o profissional afirma que ela poderá viver e fazer tudo normalmente, desde que associe boa alimentação ao uso da insulina. Além disso, a outra criança reafirma que é importante entender a doença para conviver melhor com o diabetes e enfatiza a ajuda familiar para enfrentar essa condição clínica.

A seleção das imagens utilizadas foi realizada por meio de fotografias da sala da classe hospitalar de um hospital público, banco de imagens gratuito e criadas no Illustrator. O *layout* e diagramação da página foi realizado em tamanho 15x21 cm, idealizado no formato de gibi, com fontes legíveis, agradáveis à leitura e cores vivas. Os textos foram escritos em fonte *Noteworthy*, tamanho 6, para balões e título, e *Myriad Pro*, tamanho 10, para demais informações.

Com relação às ilustrações, foram baseadas no ambiente da classe hospitalar. Os personagens foram desenhados para serem preenchidos e coloridos pelas crianças e seus familiares de acordo com a sua realidade. No texto, também há lacunas para o preenchimento dos nomes da criança e acompanhante (Figura 1).

DISCUSSÃO

A continuidade do cuidado oferecido à criança pode se dar por meio da educação em saúde, com a participação ativa dos pais e familiares no processo¹¹. Nesse contexto, as tecnologias educativas tornam-se relevantes pois apresentam potencial empoderador ao permitir ao ser humano adquirir conhecimento, de si mesmo e do contexto em que está inserido, o que o torna capaz de entender como as próprias ações influenciam em seu padrão de saúde e exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta⁵. A utilização da tecnologia por uma equipe multiprofissional é essencial para uma assistência de qualidade, pois além de contribuir para ações de saúde, reúne diferentes conhecimentos especializados na temática apresentada pelo material¹².

A atividade de cunho educativo deve ser realizada de forma planejada, e o conhecimento do público-alvo é essencial para abordar o conteúdo educativo de acordo com a realidade, sem correr o risco de que o material se torne incompreensível para esse público. A linguagem abordada nas tecnologias deve tornar fácil o entendimento para a

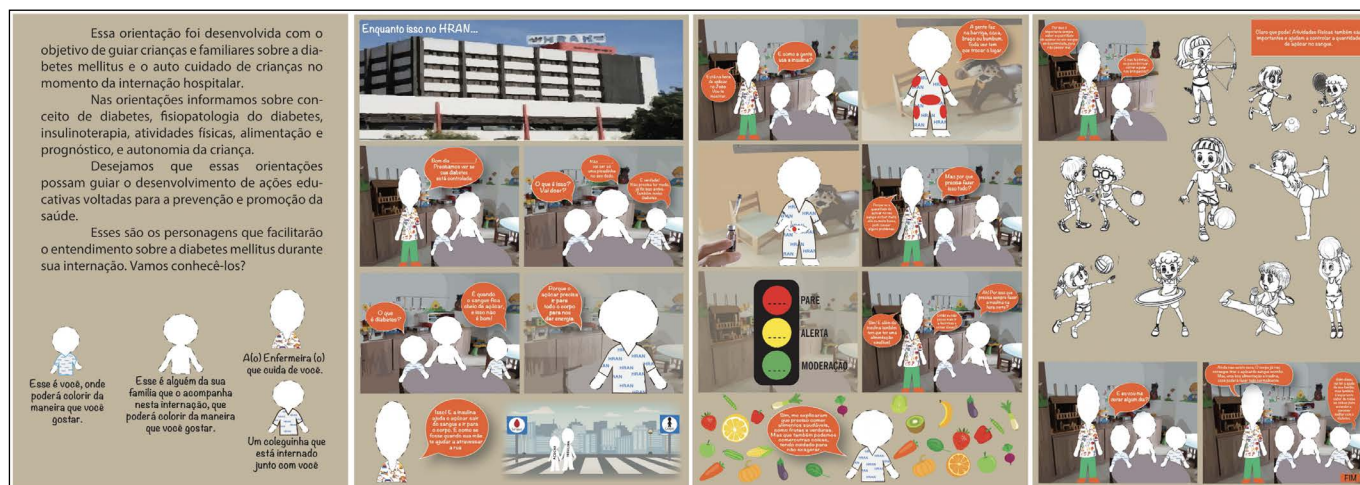


Figura 1. Primeira versão da tecnologia educacional

população leiga, o que torna a tecnologia educativa verdadeiramente eficaz¹. As informações foram escritas em formato de diálogo, pois o estilo conversacional é mais natural e mais fácil de ser lido e entendido, além disso, as ilustrações elaboradas ajudam a explicar ou enfatizar os pontos e ideias importantes no texto.

De acordo com as fases de desenvolvimento da criança, definiu-se como público alvo da tecnologia educativa as crianças na fase do operatório-concreto, que são capazes de realizar correlações entre o que está vivenciando por meio da leitura e sua realidade⁶. Ao unir códigos verbais e não verbais, a estratégia de histórias em quadrinhos como recurso pedagógico pode favorecer, de maneira significativa, o processo ensino-aprendizagem¹³. As histórias estimulam a imaginação, desenvolvem habilidades cognitivas e é uma atividade interativa que potencializa o aprendizado^{14,15}. Além disso, a possibilidade de preenchimento das lacunas e personagens contribui para a interação da história com a realidade da criança, favorecendo o reconhecimento da sua própria identidade.

A representação da história em uma classe hospitalar tem o objetivo de reafirmar a necessidade da continuidade do processo educativo para as crianças e adolescentes em idade escolar, visto que é assegurado pela Lei No. 13.716 de 24 de setembro de 2018¹⁶. A classe hospitalar assegura o direito de continuação dos estudos e ameniza o estresse causado pela hospitalização, além de promover a educação em saúde e facilitar as interações sociais¹⁷. Esse espaço educativo, tem-se fortalecido quando associado a ambiente, que consiste na qualificação do espaço construído por meio de atitudes e recursos que provoquem estímulos sensoriais benéficos às pessoas¹⁸.

Salienta-se que esta tecnologia educativa foi produzida em um contexto para ser aplicada em uma única unidade

de internação hospitalar, com especificidades da realidade local. Esta limitação revela que não é possível abranger diversidade da realidade brasileira com uma tecnologia padronizada institucionalmente. Para a possibilidade de ampliar sua aplicação, torna-se necessário incorporar as dimensões, valores, até mesmo padrões de linguagem peculiares de determinadas localidades e realidades. Isso requer a adaptação transcultural desta tecnologia educativa ou mesmo a produção de novos materiais. Retoma-se a importância da construção coletiva, com participação ativa dos agentes envolvidos no processo, que certamente poderá agregar maior valor a este recurso. Reforçamos que um estudo de avaliação desta tecnologia está sendo desenvolvido como objetivo de avaliar a tecnologia educativa para cuidados de crianças com diabetes mellitus tipo 1.

CONCLUSÃO

O papel da Enfermagem tem-se modificado ao longo dos anos para se adaptar às mudanças, o que reafirma a necessidade de reformulação do processo de trabalho, por meio da criação de novos saberes e readequação dos recursos tecnológicos educativos. A realização deste estudo possibilitou alcançar o objetivo proposto: a elaboração de tecnologia educativa para crianças com diabetes mellitus tipo I. A experiência da construção desta tecnologia educativa, realizada por meio de processo participativo, dialógico e coletivo, evidenciou que o desenvolvimento deste processo é executável e pode ser aplicado na elaboração de materiais educativos destinados à educação e promoção da saúde.

O envolvimento de profissionais, como enfermeiros, pedagogo, psicólogo e designer gráfico foi relevante durante todo o processo, pois possibilitou uma visão mais ampla acerca da adequabilidade do material. Um dos ganhos percebidos com a interprofissionalidade foi a superação da

fragmentação do saber, por meio do diálogo entre os profissionais durante todo o processo, o que potencializou a qualidade da tecnologia.

A elaboração desta tecnologia educacional configura um avanço nas atividades de educação em saúde, uma vez que se trata de uma ferramenta de fácil aplicabilidade e com abordagem participativa que pode ser usada por profissionais para potencializar o processo de ensino e aprendizagem. A educação em saúde é uma ação inerente ao exercício da enfermagem, sendo reconhecida como estratégia para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam a população. Dessa maneira, com a utilização da tecnologia educativa, pode-se favorecer a capacitação dos familiares e cuidadores para o correto manejo da doença e potencializar o empoderamento e autocuidado pelas crianças com diabetes mellitus tipo I.

A tecnologia facilita a atuação dos profissionais na promoção de uma assistência integral na educação em saúde, além de envolver o paciente no processo ensino e aprendizagem. O material se mostra didático, atrativo e bem estruturado, a fim de facilitar a compreensão dos pais e/ou acompanhantes acerca de como lidar frente à uma doença crônica, com repercussões individuais e sociais. Além disso, pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias mais eficientes por parte dos profissionais de saúde, em especial enfermeiros, com relação aos cuidados concernentes à diabetes mellitus tipo I.

Contribuição dos autores:

a) concepção e/ou desenho do estudo: Éverton Fernandes de Araújo, Anna Luísa Torres Ribeiro, Isla

Vitória Oliveira Sousa de Pinho, Manuela Costa Melo, Verônica Jacomini de Abreu, Erika Tayná de Souza Nascimento.b) coleta, análise e interpretação dos dados: Éverton Fernandes de Araújo, Anna Luísa Torres Ribeiro, Isla Vitória Oliveira Sousa de Pinho, Manuela Costa Melo, Verônica Jacomini de Abreu, Erika Tayná de Souza Nascimento, Luz Marina Alfonso Dutra, Caren Castelar Queiroz Lara. c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Éverton Fernandes de Araújo, Anna Luísa Torres Ribeiro, Isla Vitória Oliveira Sousa de Pinho, Manuela Costa Melo, Verônica Jacomini de Abreu, Erika Tayná de Souza Nascimento, Luz Marina Alfonso Dutra, Caren Castelar Queiroz Lara. d) aprovação da versão final a ser publicada: Éverton Fernandes de Araújo, Anna Luísa Torres Ribeiro, Isla Vitória Oliveira Sousa de Pinho, Manuela Costa Melo, Verônica Jacomini de Abreu, Erika Tayná de Souza Nascimento, Luz Marina Alfonso Dutra, Caren Castelar Queiroz Lara.

Agradecimentos:

Às crianças e seus familiares que concordaram em participar deste estudo. E aos profissionais do Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão (CEDOH) que conduzem de maneira brilhante o serviço de atendimento aos indivíduos com doenças crônicas. Pesquisa desenvolvida mediante a concessão de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq. Edital n. 06, de 16 de abril de 2019, da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), mantida pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

REFERÊNCIAS

1. Beck J, Greenwood DA, Blanton L, Bollinger ST, Butcher MK, Condon JE, et al. 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*. 2017;40(10):1409-19.
2. Oliveira JE, Montenegro Júnior RM, Vencio S, organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [Internet]. São Paulo: Clannad; 2017 [citado 2020 Jan 10]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
3. Silva DM, Carreiro FA, Mello R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa educacional. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2017;11 Supl 2:1044-51.
4. Azevedo AV, Lançoni Júnior AC, Crepaldi MA. Nursing team, family and hospitalized child interaction: an integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(11):3653-66.
5. Sand P, Blom MD, Forsander G, Lundin CS. Family dynamics when a child becomes chronically ill: impact of type 1 diabetes onset in children and adolescents. *Nordic Psychol*. 2018;70(2):97-114.
6. Queiroz MV, Brito LM, Pennafort VP, Bezerra FS. Sensibilizando a criança com diabetes para o cuidado de si: Contribuição à prática educativa. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):337-43.
7. Flor LS, Campos MR. The prevalence of diabetes mellitus and its associated factors in the Brazilian adult population: evidence from a population-based survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):16-29.
8. Teixeira E, organizador. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais. Porto Alegre: Moriá; 2017.
9. Cevolane L, Santos AP, Vinco GF, Fazolo LC, Donatelli SM, Canal FD. Desenvolvimento humano: um esboço da perspectiva de Jean Piaget. *Rev Dimensão Acad [Internet]*. 2017 [citado 2020 Jan 12];2(1):63-78. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/revista-dimensao-academica-v02-n01-artigo-05.pdf>
10. International Diabetes Federation (IDF). International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. Pocketbook for management of diabetes in childhood and adolescence in under-resourced countries [Internet]. 2017

[cited 2020 Jan 12]. Available from: <https://lifeforachild.org/education-resources/guidelines/57;pocketbook-for-management-of-diabetes-in-childhood-and-adolescence-in-under-resourced-countries.html>

11. Okagawa FS, Cunha IC. A atuação de enfermeiros de unidades pediátricas hospitalares na Educação em Saúde. *Rev Paul Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2020 Jan 10];29(1-2-3):3-10. Disponível em: <http://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2018/11/A-atua%C3%A7%C3%A3o-de-enfermeiros-de-unidades-pedi%C3%A1tricas-hospitalares-na-Educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>
12. Maniva SJ, Carvalho ZM, Gomes RK, Carvalho RE, Ximenes LB, Freitas CH. Educational technologies for health education on stroke: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71 Suppl 4:1724-31.
13. Pereira EG, Fontoura HA. Discutindo as histórias em quadrinhos enquanto recurso didático em ciências. *Rev Práxis*. 2016;8(15):93-104.
14. Souza AM, Francisco OB. Contação de histórias: um recurso pedagógico no desenvolvimento da linguagem. *Colloq Humanarum*. 2017;14(1):40-51.
15. Rolim KM, Pinheiro CW, Magalhães FJ, Frota MA, Mendonça FA, Fernandes HI. História em quadrinhos: tecnologia em saúde para a humanização da assistência à criança hospitalizada. *Rev Enferm Referência*. 2017;4(14):69-78.
16. Lei No. 13.716, de 24 de setembro de 2018. Altera a Lei No. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2018 Set 14 [citado 2020 Jan 10];Seq. 1:2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13716.htm
17. Menzani RM, Regueiro EM, Leiva JC. Ser criança na classe hospitalar: a dimensão psicológica na interface educação e saúde. *Rev Bras Multidiscip*. 2017;20(1):106-20.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. A experiência da diretriz de ambiência da Política Nacional de Humanização - PNH [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 Jan 12]. Disponível em: http://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf

CONHECIMENTOS DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL SOBRE OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO

Andressa Lima de Jonge¹

Alexia dos Santos Martins²

Hisabela Marinheiro dos Santos²

Andressa Silva Torres dos Santos³

Fernanda Garcia Bezerra Góes³

Laura Johanson da Silva²

<https://orcid.org/0000-0002-9817-3705>

<https://orcid.org/0000-0002-6189-041X>

<https://orcid.org/0000-0002-9898-4938>

<https://orcid.org/0000-0001-7142-911X>

<https://orcid.org/0000-0003-3894-3998>

<https://orcid.org/0000-0002-4439-9346>

Objetivo: Identificar o conhecimento de profissionais de educação infantil sobre obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças no ambiente escolar. **Métodos:** Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada em instituição filantrópica no município do Rio de Janeiro, Brasil, por meio da aplicação de questionários a profissionais da creche e pré-escola, sendo o corpus textual submetido à análise temático-categorial. **Resultados:** Participaram 64 profissionais da educação infantil, os quais apontaram como principais causas de engasgo alimentos e objetos pequenos. Da análise emergiram 20 unidades temáticas que mediante agrupamento compuseram duas categorias: vigilância nas atividades de brincar e se alimentar na escola; e, entre a atitude certa e o desconhecimento diante do engasgo na escola. **Conclusão:** Observou-se que o conhecimento da prevenção de injúrias é sedimentado pela prática de constante vigilância dos profissionais nas atividades que envolvem alimentação e brincadeiras. Entretanto, no que tange os primeiros socorros, os profissionais apresentam insegurança e desconhecimento, o que implica na necessidade de ações de capacitação.

Descritores: Saúde da criança; Primeiros socorros; Prevenção de acidentes; Serviços de saúde escolar.

KNOWLEDGE OF CHILDREN'S EDUCATION PROFESSIONALS ABOUT AIRWAY OBSTRUCTION BY FOREIGN BODY

Objective: To identify the knowledge of early childhood education professionals about airway obstruction by foreign bodies in children in the school environment. **Methods:** Descriptive research, with a qualitative approach, carried out in a philanthropic institution in the city of Rio de Janeiro, Brazil, through the application of questionnaires to daycare and pre-school professionals, with the textual corpus being subjected to thematic-categorical analysis. **Results:** 64 early childhood education professionals participated, who pointed out as the main causes of choking food and small objects. From the analysis, 20 thematic units emerged which, by grouping, comprised two categories: surveillance in the activities of playing and eating at school; and, between the right attitude and ignorance in the face of choking at school. **Conclusion:** It was observed that the knowledge of injury prevention is consolidated by the practice of constant vigilance by professionals in activities that involve eating and playing. However, when it comes to first aid, professionals have insecurity and lack of knowledge, which implies the need for training actions.

Descriptors: Child health; First aid; Accident prevention; School health services.

CONOCIMIENTO DE PROFESIONALES DE EDUCACIÓN INFANTIL SOBRE LA OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS POR CUERPO EXTRAÑO

Objetivo: Identificar el conocimiento de los profesionales de educación infantil sobre la obstrucción de las vías respiratorias por cuerpos extraños en niños en el entorno escolar. **Métodos:** Investigación descriptiva, con un enfoque cualitativo, realizada en una institución filantrópica en la ciudad de Rio de Janeiro, Brasil, mediante la aplicación de cuestionarios a profesionales de guarderías y preescolares, y el corpus textual se somete a análisis temático-categorial. **Resultados:** Participaron 64 profesionales de la educación de la primera infancia, quienes señalaron como las principales causas de asfixia de alimentos y pequeños objetos. Del análisis surgieron 20 unidades temáticas que, agrupadas, comprendían dos categorías: vigilancia en las actividades de jugar y comer en la escuela; y, entre la actitud correcta y la ignorancia frente a la asfixia en la escuela. **Conclusión:** Se observó que el conocimiento de la prevención de lesiones se consolida mediante la práctica de vigilancia constante por parte de profesionales en actividades que involucran comer y jugar. Sin embargo, cuando se trata de primeros auxilios, los profesionales tienen inseguridad y falta de conocimiento, lo que implica la necesidad de acciones de capacitación.

Descritores: Salud del niño; Primeros auxilios; Prevención de accidentes; Servicios de salud escolar.

¹Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Autor Correspondente: Alexia dos Santos Martins | E-mail: alemart95@gmail.com

Recebido: 07/4/2020 - Aceito: 28/1/2021

INTRODUÇÃO

Dentre as injúrias não intencionais, comumente conhecidas como acidentes na infância, ressaltam-se as causadas por aspiração de corpo estranho. A obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE), conhecida também como engasgo, decorre principalmente da falha no reflexo de fechamento da laringe, controle inadequado da deglutição e aspirações de objetos. A criança pode apresentar sinais de tosse, náuseas, agitação dos membros, ausência de fala e, sobretudo, levar mãos à garganta¹.

No Brasil, mesmo com decréscimo nas taxas de injúrias não intencionais em crianças nas últimas décadas, ainda são constatados mais de dois mil óbitos anualmente em menores de cinco anos por aspiração de corpo estranho, ocupando a 10^a posição entre as principais causas de morte nesse grupo populacional, o que representa um importante problema de saúde pública².

Ressalta-se a vulnerabilidade das crianças pequenas a essa ocorrência, especialmente as menores de quatro anos, visto que nessa fase da infância existe a tendência natural de levar objetos à boca, além disso, tais crianças possuem pouca experiência em mastigar e engolir. A maior letalidade também está relacionada à inabilidade para solicitar socorro e, quando tal ocorrência não resulta em óbito, lesões permanentes e imensuráveis repercussões físicas, sociais, econômicas e emocionais para a criança, família e sociedade podem surgir e, por vezes, estender-se pela adolescência à vida adulta³.

Considerando que é no ambiente escolar onde as crianças passam grande parte do seu dia, este se constitui um cenário onde os agravos podem acometer a saúde infantil com maior frequência⁴. Sendo assim, os profissionais de educação possuem maiores chances de testemunhar eventos acidentais, necessitando intervir de forma imediata, inclusive frente à aspiração de corpo estranho. Em conhecimento disso, em 2018, no Brasil, foi sancionada a Lei No. 13.722⁵ que determina a capacitação em primeiros socorros de professores e funcionários de escolas, públicas e privadas, de ensino infantil e básico. Conhecida como “Lei Lucas” é uma homenagem a uma criança que veio a óbito no ano de 2017 após se engasgar com um lanche durante um passeio escolar⁵.

O diagnóstico precoce do engasgo é essencial, pois o retardo no seu reconhecimento e tratamento pode incorrer em sequela definitiva ou dano fatal. A manobra de Heimlich é a intervenção adequada em primeiros socorros para desobstrução de vias aéreas para todas as faixas etárias, mas a sua aplicação varia de acordo com o comprimento da criança e seu estado de consciência. A técnica consiste em

uma pressão feita sobre o diafragma para expelir o ar dos pulmões e consequentemente liberar as vias aéreas¹.

Evidências apontam que profissionais de educação infantil geralmente encontram-se despreparados para agir em situações de primeiros socorros, ainda que já tenham vivenciado na prática profissional com crianças, e concordam com a importância do assunto para seu cotidiano nas escolas⁶. Sendo assim, atividades de educação para prevenção e manejo das injúrias não intencionais são primordiais para propiciar autonomia e segurança aos profissionais envolvidos neste contexto^{6,7}.

Os educadores devem estar treinados para prevenir, identificar e intervir frente ao engasgo em crianças. Atividades de educação em saúde por profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, no ambiente escolar propiciam que as medidas de primeiros socorros sejam aplicadas o mais precocemente possível, e de forma adequada, minimizando as complicações e possíveis sequelas às vítimas, tornando também estes ambientes mais seguros^{8,9}.

Neste sentido, este estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: “Que conhecimentos possuem os profissionais de educação infantil acerca da obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças?”. Com o intuito de responder este questionamento adotou-se como objetivo do estudo identificar o conhecimento de profissionais de educação infantil sobre obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças no ambiente escolar.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa.

O estudo foi desenvolvido em uma instituição filantrópica, vinculada à rede municipal de ensino do município do Rio de Janeiro, Brasil, a qual atende em média de 250 crianças em sistema de creche e cerca de 85 em pré-escola, em contraturno, além de crianças também na fase escolar. A escolha do presente cenário ocorreu diante do grande número de crianças e profissionais de educação vinculados à instituição, que consequentemente aumenta as chances de ocorrência de injúrias infantis, além de ser alvo das atividades do projeto de extensão universitário intitulado “Promoção da saúde da criança: práticas de cuidar e educar”.

A população do estudo foi composta por 64 profissionais da educação infantil. Os critérios de inclusão foram: ser auxiliar de creche ou pedagogo; ter vínculo empregatício com a instituição; estar lotado na educação infantil; ter no mínimo seis meses de trabalho no local; e, desejar participar voluntariamente. Os critérios de exclusão foram: profissionais afastados por qualquer motivo no período da coleta de dados.

Todos os profissionais contatados pela equipe de pesquisa participaram do estudo, não havendo exclusões ou recusas e desta forma, a saturação se deu por exaustão amostral.

A produção de dados ocorreu no período de março a junho de 2018, por meio de um questionário com perguntas objetivas e discursivas a fim de colher informações referentes à caracterização profissional, somadas a perguntas abertas e fechadas para levantamento dos conhecimentos sobre primeiros socorros e medidas preventivas de engasgos em crianças pequenas. As perguntas fechadas incluíram se a profissional já passou por algum evento de engasgo e se o mesmo ocorreu no local do trabalho, e se afirmava ser capaz de agir corretamente em uma situação de engasgo. Nas perguntas abertas, as participantes foram questionadas quanto aos sinais de engasgos, medidas preventivas e o que fazer quando uma criança se encontra engasgada. Vale ressaltar que se optou pelo uso do termo engasgo no questionário por ser uma linguagem mais conhecida e próxima da realidade dos participantes.

A aplicação do questionário foi previamente agendada, de acordo com a disponibilidade dos participantes no ambiente da instituição, e mediada pelas pesquisadoras treinadas, sendo também flexibilizado ao participante o auto-preenchimento do instrumento.

Os dados foram submetidos à análise temático-categorial, que atende um percurso a partir de procedimentos, etapas e instrumentos, sendo eles: leitura flutuante do texto; determinação das unidades de registro (UR); definição das unidades de significação ou temas; análise temática das UR; análise categorial do texto e por último o tratamento e discussão dos resultados com o final retorno ao objeto de estudo¹⁰. Nesta última etapa foi utilizado quadro analítico a fim de melhor visualização e discussão dos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Parecer: 1.217.635; CAAE: 82426118.5.0000.5285), após atender às exigências da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para preservar a identidade dos participantes do estudo, foi atribuído em cada questionário um código alfanumérico contendo a letra P para os professores e a letra A para os auxiliares de educação infantil, seguido do número arábico referente à ordem de participação.

RESULTADOS

Participaram do estudo 64 profissionais da educação infantil, 20 na função de pedagoga e 44 de auxiliar de creche com idades entre 18 e 62 anos, todas do sexo feminino. Quanto à escolaridade, 20% com ensino fundamental

completo, 66% com ensino médio completo e 14% com ensino superior completo. A faixa etária das crianças com quem trabalham variou de 4 a 12 anos, sendo 77% com crianças de até quatro anos e 33% com crianças de 5 a 12 anos.

Ao todo, 39% das profissionais afirmaram já ter presenciado situações de engasgo em crianças. Destas, 52% presenciaram em casa, 36% na escola em que trabalham atualmente e 12% na rua. Dentre o total de participantes, apenas 9% afirmaram ser capaz de agir corretamente diante de uma situação de engasgo em crianças.

O quadro 1 mostra a recorrência dos sinais que as participantes relacionam a uma situação de engasgo. Ao todo foram 95 sinais descritos nos 64 questionários coletados. Vale ressaltar que alguns participantes responderam mais de um ou mesmo um conjunto de sinais que relacionam à situação de engasgo em crianças e 2 deixaram o campo de resposta em branco. Apenas seis profissionais afirmaram não saber descrever qualquer sinal de obstrução de vias aéreas superiores por corpo estranho.

Quadro 1. Sinais de OVACE em crianças descritos por profissionais da educação infantil.

Sinais descritos	Recorrência
Apresenta falta de ar	35
Apresenta tosse	27
Apresenta-se 'vermelha'	12
Apresenta-se 'roxa'	11
Faz gestos	5
'Arregala' os olhos	3
Apresenta-se 'mole'	2

Quando questionados sobre com o que as crianças poderiam se engasgar, ao todo foram 121 respostas citando dois grupos: alimentos e objetos pequenos. Os alimentos citados foram: bala, pipoca, biscoito, leite, água, maçã, banana, pirulito, pão e grãos. Os objetos pequenos descritos foram: peças de brinquedos, prendedor de cabelo, botões, moeda e papel. Destaca-se que 27 participantes responderam mais de um objeto e alimento que relacionam como causa de engasgo em crianças. Nenhum profissional se absteve de responder.

Da análise, emergiram 20 unidades temáticas que mediante agrupamento compuseram duas categorias: Vigilância nas atividades de brincar e se alimentar na escola, e Entre a atitude certa e o desconhecimento diante do engasgo na escola.

Categoria 1 - Vigilância nas atividades de brincar e se alimentar na escola

A primeira categoria apresenta os conhecimentos dos profissionais da educação infantil para prevenir injúrias causadas por OVACE. Os participantes referiram com maior ênfase as atitudes relacionadas à observação e atenção do responsável com as crianças de forma a evitar possíveis situações de engasgo, assim como exemplificado nas falas a seguir:

“Evitar crianças sozinhas com peças às vezes do próprio brinquedo que podem soltar, objetos pequenos”. (P58)

“Evitar que fiquem sem supervisão quando estão com objetos pequenos”. (P46)

“Ficar de olho o tempo todo, tem que ter cuidado, se tiver objetos pequenos perto falar que não pode”. (P15)

“Observar sempre, criança leva tudo na boca”. (P6)

Observa-se uma preocupação frequente com relação aos alimentos e a forma como são ofertados:

“Evitar comidas com grandes pedaços, colocar para arrotar”. (P57)

“Dar a comida aos poucos e devagar, pedir para a criança mastigar bem”. (P56)

“Comer na posição correta, beber devagar, não distrair ao alimentar, evitar alimentos muito secos ou grandes”. (P32)

A preocupação quanto à faixa etária e a oferta de objetos corretos a ela também foram citadas como forma de prevenir injúrias infantis causadas por OVACE:

“Dar os brinquedos certos para a faixa etária”. (P 33)

“Evitar dar brinquedos que soltem peça para os menores”. (P 25)

Categoria 2 - Entre a atitude certa e o desconhecimento diante do engasgo na escola

A segunda categoria representa o conhecimento dos participantes sobre como agir frente à necessidade de socorro imediato e denota suas inseguranças e dúvidas. Frente ao questionamento de como agir quando uma criança apresenta OVACE, foi mencionada ou ainda descrita a manobra de Heimlich:

“Faria a manobra de Heimlich que consiste basicamente em comprimir a região abdominal para que

consiga expelir o objeto que está obstruindo. Não pode tentar tirar o objeto ou alimento com as mãos para não acabar empurrando e obstruindo mais ainda”. (P32)

“Se for bebê coloco inclinado pra baixo e pra frente, batendo nas costas, se for maior abraço por trás apertando na barriga enquanto outra pessoa (ou eu mesma, se estiver sozinha) vai ligando para os bombeiros”. (P48)

Foi identificado que 8 participantes sabiam algumas partes da manobra, mas não a conheciam de forma completa, sua ordem e as diferenças de abordagem do corpo da criança conforme a idade:

“Inclino um pouco a criança, abaixando a cabeça e em seguida dou uns tapas nas costas”. (P59)

Atitudes não recomendadas e sem efetividade foram citadas evidenciando insegurança e desespero frente a ocorrência do acidente:

“Tento tirar o objeto com a mão mesmo, se não der, em último caso faço sucção”. (P1)

“Assopro o rosto dela”. (P23)

“Depende do engasgo, se for com saliva daria água se for com objeto tentaria tirar”. (P30)

“Me desespero! Assopro o rosto, sacudo a criança”. (P34)

“Chamaria a enfermeira e ficaria desesperada”. (P22)

“Dou o famoso tapinha nas costas”. (P50)

“Coloco a criança de lado, apertando a barriga”. (P55)

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que as auxiliares de creches e pedagogas que atuam com crianças de até 12 anos possuem contato com a obstrução de vias aéreas na infância em seu ambiente de trabalho, corroborando com os achados de outras pesquisas^{11,12} que apontam a OVACE como um dos acidentes mais frequentes na infância e vivenciados pelos professores nas escolas. Logo, nota-se uma demanda desta categoria profissional de conhecimento sobre o que é a OVACE infantil, além de seus meios de prevenção e cuidados de primeiros socorros.

A prevenção de acidentes dessa natureza, a partir da vigilância, é uma estratégia fundamental para diminuição da morbimortalidade associada a estes casos no cenário da creche e pré-escola. É importante que o professor para

além da obrigação com a educação da criança, também esteja preocupado com a segurança e o bem-estar da mesma¹³. Portanto, não oferecer alimentos como grãos, frutos com sementes e caroços, manter objetos pequenos fora do alcance das crianças e oferecer brinquedos que sigam as recomendações para cada faixa etária consistem em medidas preventivas eficazes¹⁴, conforme indicado pelos profissionais deste estudo.

Embora haja o conhecimento acerca da supervisão, de forma a prevenir que os alunos passem por situações de engasgo, apenas a vigilância não traz a garantia de que não venham a acontecer, visto que se trata de uma ocorrência comum e, bem como descrito pelos educadores deste estudo, que costuma ocorrer durante a alimentação e brincadeiras, onde objetos como brinquedos, moedas e botões são comumente aspirados¹⁵.

Em uma pesquisa realizada acerca do conhecimento e atitude de professores em uma escola primária no Iraque, com relação aos primeiros socorros 60,2% afirmaram que o atendimento foi prestado de forma imediata por eles frente à ocorrência de obstrução de vias aéreas¹⁵⁻¹⁷. Logo, diante desta ocorrência os profissionais de educação necessitam estar aptos para atuar adequadamente, prestando os primeiros socorros. Para tal, necessitam saber reconhecer os sinais de OVACE, que variam de acordo com a idade e tamanho do material aspirado. Em geral, as crianças apresentam os sinais descritos pelos participantes do estudo, tosse, falta de ar, cianose, agitação dos membros, incluindo levando as mãos a garganta, e perda de consciência em casos mais graves, além disso, a literatura aponta também a ocorrência de sibilância, náusea, afasia e disfagia¹⁸.

Os primeiros socorros consistem em procedimentos, iniciais e imediatos, prestados fora do ambiente hospitalar após algum acidente a fim de preservar a vida em uma situação de risco eminente e/ou em condições de urgência e emergência, de forma a garantir a vida e evitar o agravamento das condições da vítima até a chegada de uma assistência qualificada¹².

A carência de preparo impede a prestação de socorro à vítima no momento do acidente, situação evidenciada nas respostas dos participantes deste estudo. O despreparo dos professores gera, por consequência, insegurança para atuar diante de uma criança em situação de engasgamento, podendo, desta forma, ocorrer ausência de prestação de socorro, manipulação incorreta da vítima e ainda a solicitação excessiva, e por vezes desnecessária, do socorro especializado em emergência^{8,13}. Tal circunstância é evidente em algumas das respostas dos profissionais da educação infantil ao realizar emprego do termo 'tapas', ao invés de

'batidas ou golpes', o que pode denotar desconhecimento quanto à pressão de aplicação da região hipotenar da mão do socorrista na região entre as escápulas da criança pequena.

Os conhecimentos básicos para a primeira assistência em injúrias é de suma importância dada a relação que o manejo adequado tem com a redução de riscos para a vítima¹⁹. No entanto, grande parte dos estudos apontam um conhecimento deficiente ou insuficiente dos professores acerca das condutas adequadas frente a um acidente infantil^{12,15}, dado similar aos achados atuais. Resultados semelhantes também emergiram de estudo realizado na Índia, no qual 13% dos professores tinham baixo nível de conhecimento sobre primeiros socorros na escola e 87% conhecimento moderado, evidenciando a falta ou pouco preparo dos mesmos para agir adequadamente na prestação do socorro imediato¹⁷.

Frente ao exposto, infere-se que embora os profissionais da educação tenham um conhecimento preventivo sobre a OVACE, que também é primordial, no que se refere a atuação frente a tal contexto, ainda apresentam insegurança e desconhecimento. Logo, é primordial a inclusão de profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, no ambiente escolar, para ensinar através de ações educativas medidas preventivas, noções de primeiros socorros e hábitos saudáveis, almejando capacitar os educadores para implementar condutas corretas, seguras e benéficas, em nível escolar, em casos de acidentes leves ou graves^{13,15}. A finalidade é minimizar os acidentes e oferecer um atendimento pré-hospitalar menos traumático, com aumento das chances de sobrevivência e de recuperação mais rápida das vítimas, no caso específico, as crianças¹³.

Estudo realizado na China analisou o conhecimento de professores seis meses, nove meses e quatro anos após um treinamento de primeiros socorros em crianças e concluiu que embora o conhecimento se reduza com o passar do tempo, a intervenção educativa melhorou a apreensão do conhecimento a curto e longo prazo²⁰ ratificando a relevância e necessidades destas práticas educativas a fim de sensibilizar e ampliar os conhecimentos dos educadores no que tange a temática.

A pesquisa tem limitações dado o contexto geográfico definido, restringindo os resultados a uma única instituição educacional no município do Rio de Janeiro, com particularidades locais, não sendo possível generalizar os dados. Portanto, faz-se necessário a realização de estudos semelhantes na rede de educação, com mais participantes e em realidades sociais diversas, a fim de agregar mais conhecimentos sobre o fenômeno estudado para a elaboração de práticas educativas na área.

Como contribuições, o estudo, através da avaliação do conhecimento dos profissionais de educação em situações de obstrução de vias aéreas por corpo estranho, permite ampliar as discussões sobre a temática e o campo de atuação do enfermeiro, a partir de ações educativas com estes educadores para prevenção de injúrias não intencionais no ambiente escolar. Portanto, pode contribuir, principalmente, para intervenções adequadas diante dessas circunstâncias, visando à prestação de primeiros socorros com segurança e qualidade, com conseqüente redução da mortalidade infantil por essa causa evitável.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que os profissionais de educação infantil, participantes deste estudo, possuem autoconfiança para descrever a importância das ações preventivas e de

supervisão das crianças, principalmente nas atividades de brincar e se alimentar na escola, bem como para praticá-las adequadamente. Embora o conhecimento preventivo seja importante, no que se refere à atuação frente a uma situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças, os profissionais referem insegurança e desconhecimento, o que implica na necessidade de ações educativas para capacitação.

Contribuição dos autores:

Contribuíram na concepção da pesquisa e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada: Andressa Lima de Jonge, Alexia dos Santos Martins, Hisabela Marinheiro dos Santos, Laura Johanson da Silva, Andressa Silva Torres dos Santos, Fernanda Garcia Bezerra Góes.

REFERÊNCIAS

1. Singletary EM, Charlton NP, Epstein JL, Ferguson JD, Jensen JL, MacPherson AL, et al. Part 15: first aid: 2015 American Heart Association and American Red Cross guidelines update for first aid. *Circulation* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 18];132(18 Suppl 2):S574-89. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000269>
2. França EB, Lansky S, Rego MS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 18];20 Suppl 1:46-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X20170005000468&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Rede Nacional Primeira Infância. Plano Nacional da Primeira Infância - Projeto Observatório Nacional da Primeira Infância. Mapeamento da ação finalística evitando acidentes na primeira infância [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 18]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/RELATORIO-DE-MAPEAMENTO-EVITANDO-ACIDENTES-versao-4-solteiras.pdf>
4. Lima EP, Almeida AO, Bezerra EP, Carneiro EP, Andrade FM, Gubert FA. [Identification of knowledge of mothers in the prevention of domestic accidents with children of the first childhood]. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 18];9(4):77-80. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1273>. Portuguese.
5. Lei No. 13.722, de 4 de outubro de 2018. Torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. *Diário Oficial da União*. 2018 Out 5;Seq. 1:2.
6. Machado EC, Petry AR, Somavilla VE, Hoop LS. Acidentes na infância: percepção e atitudes dos professores na educação infantil. *Rev Saúde Desenvolv* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 18];11(7):35-46. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/602/392>
7. Martins AS, Cappelli KA, Jonge AL, Azevedo MW, Santos HM, Gomes TM, et al. Oficinas de primeiros socorros em crianças com profissionais da educação: um relato de experiência. *Raízes Rumos* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 18];6(1):87-96. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/raizesrumos/article/view/7695/7233>
8. Silva LG, Costa JB, Furtado LG, Tavares JB, Costa JL. [First aid and prevention of accidents in the school environment: intervention in the educational unit]. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 18];8(3):25-9. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/893>. Portuguese.
9. Galindo Neto NM, Caetano JA, Barros LM, Silva TM, Vasconcelos EM. First aid in schools: construction and validation of an educational booklet for teachers. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 18];30(1):87-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000100087&script=sci_abstract&tlng=en
10. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 18];16(4):569-76. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>
11. Carmo HO, Souza RC, Araújo CL, Francisco AG. Attitudes of teachers of child education in school accident situation. *Rev Enferm Cent Oeste Min* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 25]; 7:e1457. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1457/1574>
12. Carvalho LS, Alarcão AL, Barroso PD, Meireles GO. A abordagem de primeiros socorros realizada pelos professores em uma unidade de ensino estadual em Anápolis - GO. *Ensaio Ciênc Biol Agrar Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 25];18(1):25-30. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26037787004>
13. Tinoco VA, Reis MM, Freitas LN. O enfermeiro promovendo saúde como educador escolar: atuando em primeiros socorros. *Rev Transform* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 18];1(6):104-13. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/16>
14. Rodrigues M, Teixeira J, Nascimento P, Carvalho S, Gonçalves A, Almeida J, et al. Aspiration of foreign body in children: a hidden danger. *Nascer Crescer* [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 25];25(3):173-6. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n3/v25n3a09.pdf>

15. Fontana RT, Santos SA. Educação em saúde sobre primeiros socorros a partir dos saberes dos professores. *Vivências* [Internet]. 2014 [citado 2020 Mar 26];10(18):133-46. Disponível em: http://www2.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_018/artigos/pdf/Artigo_11.pdf
16. Hasan SS, Saeed AA, Mustafa IH. Knowledge and attitude of primary school teachers regarding choking's first aid in Erbil city-Kurdistan region-Iraq. *Malays J Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 18];8(2):36-42. Available from: <http://ejournal.lucp.net/index.php/mjn/article/view/521/491>
17. Joseph N, Narayanan T, Zakaria S, Nair AV, Belayutham L, Subramanian AM, et al. Awareness, attitudes and practices of first aid among school teachers in Mangalore, south India. *J Prim Health Care* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 18];7(4):274-81. Available from: <https://www.publish.csiro.au/hc/pdf/HC15274>
18. Rocha CC, Godim CB, Santos YM, Magalhães MR, Nunez LW. Aspiração de corpo estranho em pediatria: uma emergência - relato de caso. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar 26];19:e312. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/312/185>
19. Oliveira Júnior MA, Silva Júnior CJ, Toledo EM. O conhecimento em pronto-socorrimento de professores da rede municipal de ensino do ciclo I de Cruzeiro-SP. *ECCOM* [Internet]. 2013 [citado 2019 Jun 18];4(7):39-48. Disponível em: <http://unifatea.com.br/seer3/index.php/ECCOM/article/view/564/515>
20. Li F, Sheng X, Zhang J, Jiang F, Shen X. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China. *BMC Pediatr* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 2018];14:209. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236654/>

RISCO DE QUEDA NO PERIOPERATÓRIO: VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Olga Benário Batista de Melo Chaves¹

Jacira dos Santos Oliveira²

Simone Helena dos Santos Oliveira²

Maria Auxiliadora Pereira²

Iolanda Beserra da Costa Santos²

Natana de Moraes Ramos³

<https://orcid.org/0000-0003-2625-1054>

<https://orcid.org/0000-0002-3863-3917>

<https://orcid.org/0000-0002-3967-3574>

<https://orcid.org/0000-0002-0614-4051>

<https://orcid.org/0000-0002-2925-1044>

<https://orcid.org/0000-0002-6194-8757>

Objetivo: Validar intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em pacientes no perioperatório. **Métodos:** Pesquisa metodológica desenvolvida com 13 especialistas, no período de Novembro de 2018 a Janeiro de 2019, para a validação de conteúdo de um mapeamento cruzado entre os cuidados de enfermagem encontrados na literatura com as intervenções padronizadas da *Nursing Interventions Classification* para o diagnóstico de enfermagem "risco de queda". Os especialistas foram selecionados a partir do método de Fehring, os dados coletados através de dois instrumentos e o conteúdo validado com a aplicação do Índice de Concordância (IC) $\geq 0,80$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob parecer de número: 2.559.757. **Resultados:** Das 26 intervenções validadas, 19 foram consideradas sugeridas com IC $\geq 0,80$ e 07 consideradas opcionais adicionais com $0,65 \leq IC \leq 0,77$, sendo Controle da Hipoglicemia, Controle da Sedação e Contenção Física as de maiores índices. **Conclusão:** Constatou-se que as intervenções mapeadas foram todas validadas e são passíveis de implementação. As atividades que obtiveram IC máximo foram educação sobre os riscos de queda, verificação de sinais vitais, controle da hipoglicemia e da sedação e cuidados com a contenção física.

Descritores: Enfermagem; Acidentes por quedas; Assistência perioperatória; Terminologia padronizada em enfermagem; Hospitalização.

RISK OF FALLING IN THE PERIOPERATIVE PERIOD: VALIDATION OF NURSING INTERVENTIONS AND ACTIVITIES

Objective: To validate nursing interventions for the prevention of falls in patients in the perioperative period. **Methods:** Methodological research developed with 13 specialists, from November 2018 to January 2019, for the content validation of a cross mapping between nursing care found in the literature with the standardized interventions of the *Nursing Interventions Classification* for nursing diagnosis "Risk of falling". The experts were selected using the Fehring method, the data collected through two instruments and the content validated with the application of the Concordance Index (CI) ≥ 0.80 . The study was approved by the Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Paraíba, under opinion number: 2.559.757. **Results:** Of the 26 validated interventions, 19 were considered suggested with CI ≥ 0.80 and 07 were considered additional optional with $0.65 \leq CI \leq 0.77$, with Hypoglycemia Control, Sedation Control and Physical Containment being the highest indexes. **Conclusion:** It was found that the mapped interventions were all validated and are amenable to implementation. The activities that obtained maximum CI were education on the risks of falling, checking vital signs, controlling hypoglycemia and sedation and taking care of physical restraint.

Descriptors: Nursing; Accidental falls; Perioperative assistance; Standardized nursing terminology; Hospitalization.

RIESGO DE CAÍDA EN EL PERÍODO PERIOPERATORIO: VALIDACIÓN DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMEIRA

Objetivo: Validar las intervenciones de enfermería para la prevención de caídas en pacientes en el periodo perioperatorio. **Métodos:** Investigación metodológica desarrollada con 13 especialistas, desde noviembre de 2018 hasta enero de 2019, para la validación de contenido de un mapeo cruzado entre el cuidado de enfermería encontrado en la literatura con las intervenciones estandarizadas de la Clasificación de Intervención de Enfermería para el diagnóstico de enfermería "Riesgo de caída". Los expertos fueron seleccionados utilizando el método Fehring, los datos recopilados a través de dos instrumentos y el contenido validado con la aplicación del Índice de Acuerdo (IC) $\geq 0,80$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, con el número de opinión: 2.559.757. **Resultados:** De las 26 intervenciones validadas, 19 se consideraron sugeridas con IC $\geq 0,80$ y 07 se consideraron opcionales adicionales con $0,65 \leq IC \leq 0,77$, siendo el control de hipoglucemia, el control de la sedación y la restricción física las que tenían las tasas más altas. **Conclusión:** Se encontró que todas las intervenciones mapeadas fueron validadas y son susceptibles de implementación. Las actividades que alcanzaron el IC máximo fueron la educación sobre los riesgos de caídas, el control de los signos vitales, el control de la hipoglucemia y la sedación y el cuidado de la restricción física.

Descriptores: Enfermería; Acidentes por caídas; Asistencia perioperatoria; Terminología de enfermería estandarizada; Hospitalización.

¹Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

²Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

³Universidade Regional do Cariri, Crato, CE, Brasil.

Autor correspondente: Olga Benário Batista de Melo Chaves | Email: olgabenarioprestes@gmail.com

Conflitos de interesse: manuscrito extraído da dissertação "Intervenções de Enfermagem para a Prevenção de Quedas em Pacientes no Perioperatório", defendida em 2019 no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Recebido: 26/06/2020 - Aceito: 28/01/2021

INTRODUÇÃO

A preocupação com a prevenção e diminuição da ocorrência de eventos adversos na assistência à saúde vem ganhando repercussão no cenário mundial. Avaliada como um dos principais eventos desse tipo ocorridos no ambiente hospitalar, a queda é considerada de elevada gravidade em virtude de que suas consequências podem variar de leves, como escoriações e hematomas, às graves, como traumas e até mesmo óbitos. A ocorrência de quedas leva à danos psicológicos, ao aumento do tempo de internação e dos custos hospitalares e ao descrédito da equipe de enfermagem e da instituição¹⁻⁴.

Durante o período de internação os pacientes encontram-se mais vulneráveis por estarem em um ambiente desconhecido e em processo de restabelecimento da saúde. Essa vulnerabilidade é agravada pela condição perioperatória, uma vez que durante os períodos cirúrgicos além do uso de dispositivos hospitalares como cateteres e sondas, os pacientes também podem apresentar distúrbios hemodinâmicos⁵. Estudo demonstrou associação estatística significativa entre o fator de risco Condições pós-operatórias e o Diagnóstico de Enfermagem (DE) "Risco de quedas". Tal associação sugere que pacientes em período pós-operatório apresentam 18 vezes mais chance de apresentar esse diagnóstico⁶.

Na busca pela construção de um ambiente seguro torna-se necessária a presença e atuação sistematizada da equipe de enfermagem, por meio da implantação do processo de enfermagem (PE), da utilização de linguagens padronizadas e dos sistemas de classificação^{2,4,5,7}. Estas estratégias organizam a assistência, favorecem a identificação do perfil e dos riscos do paciente, facilitam a prescrição e implementação de intervenções preventivas e auxiliam no processo de tomada de decisão terapêutica mais adequada⁸.

Intervenção de enfermagem é definida pela *Nursing Interventions Classification* (NIC) como qualquer tratamento realizado pelo enfermeiro, baseado em seu conhecimento clínico e com o objetivo de potencializar os resultados do paciente. Através da ligação entre as intervenções da NIC e os diagnósticos da NANDA - *Internacional* (NANDA -I) as intervenções podem ser classificadas em prioritárias, sugeridas ou opcionais⁹⁻¹¹.

A NIC oferece muitas possibilidades, por isso vários estudos de validação têm sido realizados buscando-se subsídios e evidências clínicas que tragam melhores práticas para grupos específicos de pacientes, como por exemplo os que se encontram no período perioperatório, exigindo cuidados, intervenções e atividades particulares¹¹.

Assim, o objetivo desse estudo é validar, junto aos enfermeiros especialistas, as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em pacientes no perioperatório.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa metodológica de validação de conteúdo, por enfermeiros especialistas, utilizando o método de análise de mapeamento cruzado entre as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em pacientes no perioperatório encontradas na literatura com as intervenções padronizadas da *Nursing Interventions Classification* (NIC)⁹.

O estudo ocorreu no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019. Para a busca e seleção dos enfermeiros especialistas utilizou-se uma adaptação do sistema de pontuação de Fehring¹², sendo considerados aptos os enfermeiros que apresentaram experiência no tema da pesquisa e obtiveram uma pontuação mínima de cinco pontos. Os participantes foram selecionados por meio do Currículo Lattes (atualizado há pelo menos seis meses) disponibilizado pela Plataforma Lattes do Portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e por indicação ou recomendação de sujeitos anteriores - amostragem "bola de neve"¹³.

Foram selecionados 100 enfermeiros com currículos que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa e depois mais 09 que foram indicados, totalizando um quantitativo de 109 especialistas. Em sequência foi enviado um e-mail para cada enfermeiro contendo uma carta-convite com informações sobre o título, o objetivo da pesquisa e a importância da sua participação no estudo, bem como os instrumentos e as orientações para preenchê-los. Como se pode verificar pela figura 1, apenas 13 especialistas responderam e entregaram os instrumentos no prazo estabelecido de 15 dias, compondo assim a amostra final da pesquisa.

A amostra foi selecionada por intencionalidade com inclusão de enfermeiros com titulação de doutores e mestres, experiência assistencial ou ensino/pesquisa em enfermagem perioperatória e/ou diagnósticos/intervenções de enfermagem, para validar o mapeamento cruzado que foi realizado no decorrer desse trabalho.

Para coleta dos dados foi elaborado um instrumento com questões relativas à caracterização dos participantes e outro referente ao mapeamento cruzado. Este último traz as intervenções da NIC agrupadas de acordo com o nível de categoria sugerido da ligação NANDA-I/NIC e contém cinco colunas: a primeira, correspondente às atividades da NIC; a segunda, às atividades mapeadas na literatura; a terceira e a quarta para o enfermeiro especialista validar

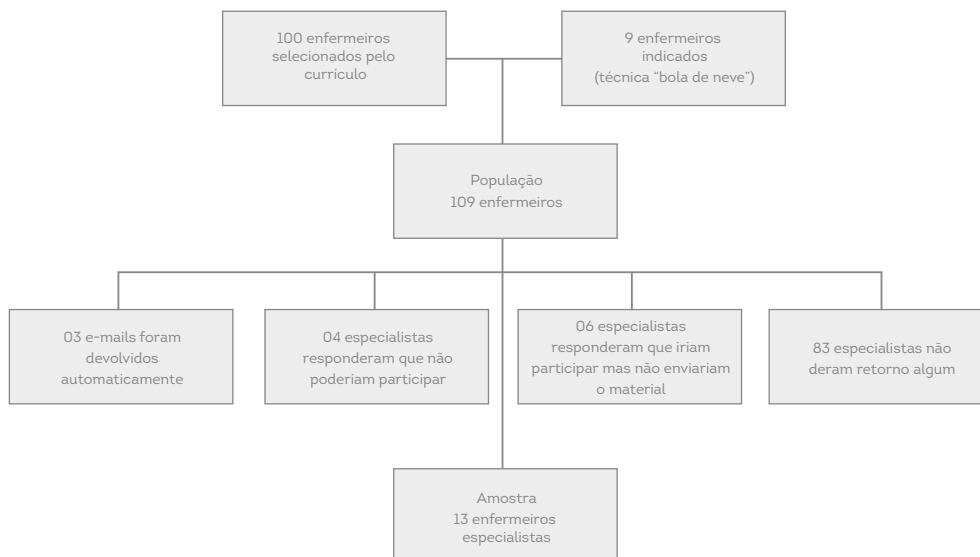


Figura 1. Processo de seleção dos especialistas

as atividades com as opções “Concordo” ou “Discordo” e a quinta para as sugestões ou observações, caso fosse necessário. Esses dois instrumentos foram enviados por e-mail para cada enfermeiro especialista juntamente com outras orientações visando a facilidade de participação e preenchimento dos mesmos (Figura 2).

Carta Convite	Convidando o enfermeiro especialista, explicando o objetivo da pesquisa e a importância da sua participação;
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	Para que o enfermeiro especialista possa garantir sua participação voluntária na pesquisa;
Instrumento para caracterização dos enfermeiros especialistas	Contém questões de identificação, de formação acadêmica e de experiência profissional;
Instrumento para validação do mapeamento cruzado	Contém todas as intervenções que foram encontradas na literatura e mapeadas com as intervenções da NIC;
Compilado das intervenções e ações da NIC utilizadas	Para o enfermeiro especialista consultar e tirar alguma dúvida;
Resumo sobre mapeamento cruzado e como foi realizado	Para o enfermeiro especialista consultar e tirar alguma dúvida.

Figura 2. Orientações enviadas por e-mail para os enfermeiros especialistas selecionados

Para análise dos dados foi utilizado o método quantitativo com técnicas de estatística descritiva. As informações foram armazenadas e compiladas em um banco de dados em planilha eletrônica do programa *Microsoft Office Excel 2010*, com dupla digitação no sentido de eliminar erros e garantir a confiabilidade e organizados por meio de uma

codificação das variáveis e dicionário com informações de cada uma delas.

Após a construção do banco de dados, procedeu-se a validação de conteúdo com aplicação do Índice de Concordância (IC) para verificação do nível de concordância entre os especialistas. O IC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens¹⁴. Para validação, utilizou-se o Índice de Concordância dos Itens e o Índice de Concordância Geral. O IC das intervenções foi obtido somando-se o IC de cada atividade e calculando-se a média dos resultados.

As atividades e intervenções com IC igual ou superior a 0,80 foram consideradas sugeridas e as que apresentaram IC entre 0,50 e 0,79 foram consideradas opcionais adicionais. Aquelas que obtiveram IC menor ou igual a 0,49 foram descartadas. Estes pontos de corte foram determinados de acordo com a ligação NANDA-I/NIC e são convenções estabelecidas para determinar confiabilidade⁹.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob parecer de nº 2.559.757 e CAAE: 85295918.0.0000.5188. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Em relação à caracterização dos especialistas (n=13), percebeu-se a participação de enfermeiros de todas as regiões do país, sendo 38,5 % residente na região sul. Dentre eles 76,9% são mulheres e a idade variou entre 29 e 63 anos.

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros especialistas

IDADE	SEXO	LOCAL	FORMAÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO (ANOS)	CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM QUE TRABALHA
29	M	GO	Doutorado	Ensino/Pesquisa	1 a 5	NANDA
30	F	RS	Mestrado	Assistência	1 a 5	NANDA
31	M	RS	Doutorado	Ensino/Pesquisa/Assistência	+5	NANDA/NIC
31	F	RS	Mestrado	Ensino/Assistência	+5	NANDA/NIC/NOC
33	M	MA	Doutorado	Ensino/Pesquisa/Assistência	+5	NANDA/NIC/NOC
33	F	SP	Doutorado	Assistência	+5	NANDA/NIC/NOC
35	F	RJ	Doutorado	Ensino	+5	NANDA/NIC/NOC
40	F	RS	Doutorado	Pesquisa/Assistência	+5	NANDA/NIC
43	F	CE	Doutorado	Ensino/Pesquisa/Assistência	+5	NANDA/NIC/NOC
51	F	PR	Doutorado	Ensino/Pesquisa/Assistência	+5	NANDA
57	F	PA	Doutorado	Ensino/Pesquisa	+5	NANDA/NIC/NOC
58	F	MG	Doutorado	Ensino/Pesquisa	+5	NANDA/NIC/NOC
63	F	MG	Doutorado	Ensino/Pesquisa	+5	NANDA

Todos detêm título de mestre e 84,6% de doutor. Possuem entre 03 e 36 anos de experiência profissional e 84,6% deles tem mais de 5 anos de atuação na área tema da pesquisa. Quanto ao uso das classificações de enfermagem, 58,3% utilizam as três classificações: NANDA, NIC e NOC. No que se refere às áreas de atuação, verificou-se que 30,8% atuam, simultaneamente, no ensino, na pesquisa e na assistência (Tabela 1).

A tabela 2 expõe o valor do IC para as intervenções avaliadas no estudo, demonstrando que todas apresentam valores acima de 0,49 - nenhuma foi descartada. No geral, o valor do IC para as intervenções presentes no instrumento foi de 0,84 pontos.

Das 26 intervenções avaliadas, 01 apresentou índice de concordância máximo (IC=1,00). Dentre as demais, 18 tiveram IC \geq 0,80 e 07 ficaram com IC entre 0,79 e 050.

Em relação as atividades validadas, seis apresentaram unanimidade de concordância entre os especialistas. Essas atividades estão distribuídas em cinco intervenções (Quadro 1).

Dentre as 84 atividades NIC que foram elencadas, a atividade "Fornecer uma superfície para dormir perto do chão, conforme necessário", que está incluída na intervenção prevenção contra quedas, foi descartada, por que obteve IC de 0,38.

Tabela 2. Distribuição das intervenções de enfermagem de acordo com o Índice de Concordância (IC) realizado pelos enfermeiros especialistas

Intervenção	IC
Intervenções de enfermagem SUGERIDAS	
Controle da Hipoglicemia	1,00
Monitoração de Sinais Vitais	0,96
Controle da Hipoglicemia	0,92
Identificação de Risco	0,89
Controle do Ambiente: Segurança	0,86
Prevenção contra Quedas	0,84
Posicionamento: Cadeira de Rodas	0,84
Melhora do Sono	0,84
Controle da Dor	0,81
Controle de Medicamentos	0,80
Assistência no Autocuidado: Transferência	0,80
Intervenções de enfermagem OPCIONAIS ADICIONAIS	
Terapia com Exercício: Controle Muscular	0,76
Assistência no Autocuidado: Uso de Vaso Sanitário	0,76
Controle da Eliminação Urinária	0,69
Intervenções de enfermagem FORA DA LIGAÇÃO NANDA-I/NIC:	

Continua...

Intervenção	IC
Controle da Sedação	0,98
Contenção Física	0,98
Assistência no Autocuidado: Vestir-se/Arrumar-se	0,92
Desenvolvimento de Funcionários	0,88
Ensino: Indivíduo	0,87
Supervisão	0,86
Ensino: Pré-Operatório	0,84
Cuidados Pós-Anestesia	0,84
Banho	0,77
Controle da Nutrição	0,74
Controle do Ambiente	0,72
Cuidados com Lesões	0,65
GERAL	0,84

Quadro 1. Atividades com IC máximo (IC=1,00)

Atividades
Prevenção contra quedas
Educar familiares sobre os fatores de risco que contribuem para as quedas e como podem diminuir estes riscos
Monitoração de Sinais Vitais.
Observar tendências e amplas oscilações na pressão arterial
Controle da Hipoglicemia
Determinar reconhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia
Monitorar os níveis de glicose no sangue, conforme indicado
Controle da Sedação
Monitorar o paciente quanto aos eventos adversos do medicamento, incluindo agitação, depressão respiratória, hipotensão, sonolência indevida, hipoxemia, arritmias, apneia ou exacerbação de uma condição preexistente
Contenção Física
Monitorar a cor, temperatura e sensação das extremidades restringidas de modo frequente

DISCUSSÃO

O processo de validação proporciona fidedignidade e validade comprovada aos estudos e instrumentos avaliados e, para isso, deve-se lançar mão de especialistas qualificados e com amplo conhecimento na temática¹⁵. Os especialistas que participaram desta pesquisa atenderam aos critérios e apesar da taxa de abstenção elevada – já esperada e evidenciada pela literatura¹⁵, conseguiram por meio da sua expertise conferir credibilidade aos resultados obtidos.

Os especialistas analisaram a correspondência de 214 cuidados da literatura com 84 atividades NIC distribuídas em 26 intervenções de enfermagem. O nível de concordância foi 80% obtido em 73,1% das intervenções,

classificando-as como intervenções sugeridas. As outras 07 intervenções obtiveram nível de concordância entre 65% e 77%, sendo classificadas como opcionais adicionais. No geral, o valor de concordância para o mapeamento foi de 84%. Estes índices encontrados são corroborados por outros estudos^{5,14,16} de validação de mapeamento que encontraram números semelhantes.

A intervenção controle da hipoglicemia obteve índice de concordância de 100% entre os especialistas. As atividades mapeadas nessa intervenção foram: determinar reconhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia e monitorar os níveis de glicose no sangue, conforme indicado. Pesquisa feita em um hospital de ensino mostrou que os enfermeiros consideram a hipoglicemia como um dos fatores de risco intrínsecos para quedas, devendo ser avaliado e controlado¹⁷.

Na NIC a intervenção está classificada como opcional, ou seja, aplica-se somente a alguns pacientes⁹. Porém, ao analisar o perfil e as condições as quais o paciente cirúrgico está submetido: jejum prolongado, estresse, mobilidade física prejudicada e ansiedade¹⁸, percebe-se que essa intervenção, para esse grupo específico de pacientes, precisa ser considerada sugerida, em concordância com a validação dos especialistas.

A intervenção Controle da Sedação, apesar de não estar contemplada na ligação NANDA-I/NIC para o DE “risco de quedas”, apresentou índice de concordância elevado entre os especialistas (IC=0,98). Durante o período perioperatório, o paciente está sujeito a intercorrências e instabilidades devido ao uso de um grupo particular de medicamentos – os sedativos. Estudo realizado em um hospital universitário, relatou que 52,8 % dos fatores de risco mais frequentes à queda foi o uso de sedativos¹⁸ e outra pesquisa concluiu que o uso de narcóticos e/ou opiáceos foi um dos fatores de risco que mais se destacaram, juntamente com história de quedas, condições pós-operatórias, e uso de anti-hipertensivos⁶. Esses achados demonstram que as atividades validadas nessa intervenção precisam ser implementadas, trazendo segurança e confiabilidade à assistência de enfermagem durante todos os períodos operatórios.

Contenção física foi a terceira intervenção melhor avaliada pelos especialistas (IC=0,98), apesar de, segundo a NIC, não apresentar ligação com o DE “risco de quedas”. Este resultado vai de encontro à outro estudo onde a atividade “implementar cuidados com a contenção mecânica” pertencente a esta mesma intervenção, apresentou baixa prevalência (3,3%)¹. Entretanto, uma investigação sobre quedas realizada em um hospital de ensino do sul do Brasil revelou que os enfermeiros utilizam a contenção

mecânica em pacientes agitados, desorientados e sem acompanhantes como forma de prevenção desse evento adverso¹⁷. A técnica de contenção física, apesar de muito utilizada na prática clínica, é controversa e envolve discussões relacionadas ao impacto psicológico e dignidade do paciente⁴. A Resolução No. 427 do Conselho Federal de Enfermagem determina que a contenção mecânica deve ser realizada em último caso para prevenção de dano imediato ou iminente, de forma humanizada, sob supervisão do enfermeiro e fundamentada em protocolos institucionais¹⁹.

As intervenções, Terapia com Exercício: Controle Muscular, Assistência no Autocuidado: Uso de Vaso Sanitário e Controle da Eliminação Urinária apesar de serem consideradas sugeridas pela NIC, apresentaram IC < 0,80 e foram classificadas como opcionais adicionais pelos enfermeiros especialistas.

Os especialistas que discordaram da intervenção Terapia com exercício: controle muscular alegaram não utilizá-la por atribuírem essa atividade ao fisioterapeuta. Entre os que discordaram da intervenção Assistência no Autocuidado: uso de vaso sanitário, 03 afirmaram que as atividades elencadas já haviam sido incluídas em outra intervenção e 01 não identifica a atividade “facilitar a higiene íntima após o término da eliminação” como estratégia de prevenção de quedas. Em relação a intervenção Controle da Eliminação Urinária o maior número de discordâncias (03 especialistas) refere-se ao fato da estipulação, nas atividades da literatura, de horários fixos para a enfermagem acompanhar o paciente ao banheiro. Eles alegam que essa rotina de horários pré-estabelecidos não é exequível tanto pelo dimensionamento da equipe como pelas particularidades de cada paciente.

A atividade “Educar familiares sobre os fatores de risco que contribuem para as quedas e como podem diminuir estes riscos” foi uma das seis atividades que obteve índice de concordância de 100%. Em outro estudo²⁰, essa mesma atividade foi validada por 80% dos especialistas. Ela faz parte da intervenção prioritária prevenção de quedas e refere-se à orientação e conscientização dos acompanhantes/familiares, tornando-os ativos e colaborativos nesse processo preventivo. Esta prática educativa foi o segundo cuidado mais prescrito por enfermeiros de um hospital do sul do Brasil¹ e também está incluída nas ações preventivas do Protocolo de Prevenção de Quedas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)²¹.

“Observar tendências e amplas oscilações na pressão arterial” foi outra atividade que recebeu índice máximo de concordância. Listada na intervenção prioritária

Monitoração de sinais vitais, essa prática faz-se necessária devido as alterações hemodinâmicas as quais o paciente cirúrgico está sujeito. A hipotensão postural aparece como um dos fatores mais preditores de quedas e pode ser evitada através de orientações como solicitar ajuda ao levantar, levantar-se progressivamente e sentar-se no leito com os pés apoiados no chão antes de sair da cama⁴. Dessa forma a equipe de enfermagem necessita estar atenta quando o paciente cirúrgico for liberado para deambular, orientando-o e supervisionando esse momento¹⁸.

A atividade “Fornecer uma superfície para dormir perto do chão, conforme necessário”, integrante da intervenção Prevenção contra queda foi a única descartada (IC= 0,38). Dos oito especialistas que discordaram, cinco entenderam que o fato de colocar um colchão ao lado da cama do paciente pode interferir no controle de infecção hospitalar e também aumentar o risco de queda no momento que o paciente levantar da cama.

Em relação às sugestões feitas pelos especialistas, elas versaram, de forma geral, sobre a não padronização da linguagem nas atividades encontradas na literatura e a repetição de atividades semelhantes em mais de uma intervenção. Na literatura é possível identificar estudos que demonstram que os enfermeiros realizam ações de cuidados para prevenção de quedas, entretanto não conhecem ou utilizam minimamente ferramentas que padronizem e facilitem esses cuidados¹⁷.

Como limitação do estudo pontua-se o número reduzido de especialistas no assunto que aceitaram participar da validação de forma integral e em tempo hábil.

As intervenções de enfermagem, associadas ao diagnóstico de Risco de quedas, dentro do ambiente perioperatório, são de fundamental importância para a consolidação da sistematização da assistência de enfermagem. Acreditamos que as intervenções validadas nesse estudo poderão compor um plano de cuidados, com uma linguagem padronizada, para a diminuição desse tipo de evento adverso e conseqüentemente, para a melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico.

CONCLUSÃO

A validação das 26 intervenções propostas para a prevenção de quedas em pacientes no perioperatório permitiu a classificação por especialistas, assim 19 intervenções foram consideradas sugeridas e 07 integraram o grupo das intervenções opcionais adicionais de acordo com a ligação NANDA-I/NIC. As que obtiveram melhor desempenho foram: Controle da Hipoglicemia, Controle da Sedação e Contenção Física, demonstrando a necessidade de

intervenções que atendam as especificidades do paciente cirúrgico em todo o ciclo operatório.

As atividades que obtiveram nível máximo de concordância pelos especialistas estão voltadas para a educação do paciente e familiares sobre os riscos de queda, a verificação de sinais vitais, o controle da hipoglicemia e da sedação e os cuidados com a contenção física. Das 84 atividades listadas nessas intervenções, uma obteve IC insuficiente e não foi validada.

A enfermagem possui papel fundamental na prevenção de quedas em pacientes no perioperatório, desde a identificação dos riscos até o processo educativo de pacientes e familiares e capacitação das equipes. Portanto, faz-se necessário que os enfermeiros empoderem-se desse conhecimento e pautem suas decisões e cuidados em evidências, realizando a aplicação prática dessas intervenções no âmbito hospitalar.

Deseja-se que os próximos estudos possam aperfeiçoar a validação clínica das intervenções atendendo

todas as orientações e sugestões dos especialistas e avaliar a implementação das intervenções que foram validadas.

Contribuição dos autores:

Olga Benário Batista de Melo Chaves - concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Jacira dos Santos Oliveira - concepção e/ou desenho do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Simone Helena dos Santos Oliveira - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Maria Auxiliadora Pereira - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Iolanda Beserra da Costa Santos - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Natana de Moraes Ramos - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Luzia MF, Almeida MA, Lucena AF. Nursing care mapping for patients at risk of falls in the nursing interventions classification. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 22];48(4):632-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400632&lng=en
2. Araújo JN, Fernandes AP, Moura LA, Santos MM, Ferreira Júnior MA, Vitor AF. Validation of nursing outcome content fall prevention behavior in a hospital environment. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 22];18(3):337-44. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20058/30708>
3. Luzia MF, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VL, Pinho LB, Lucena AF. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 22];52:e03308. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420180001004058&lng=en
4. Luzia MF, Argenta C, Almeida MA, Lucena AF. Conceptual definitions of indicators for the nursing outcome "Knowledge: Fall Prevention". *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 18];71(2):431-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200431&lng=en
5. Alves VC, Freitas WC, Ramos JS, Chagas SR, Azevedo C, Mata LR. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 18];25:e2986. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-116920170001004108&lng=en
6. Vitor AF, Moura LA, Fernandes AP, Botarelli FR, Araújo JN, Vitorino IC. Risk for falls in patients in the postoperative period. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 18];20(1):29-37. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/38509/24834>
7. Azevedo C, Mata LR, Faleiro JC, Ferreira MA, Oliveira SP, Carvalho EC. Classification of nursing interventions for medical discharge planning to patients with intestinal ostomy. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 23];10(2):531-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10986/12332>
8. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros AL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 23];69(2):285-93. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200307&lng=pt&lng=en
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
10. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação, 2018-2020. 11a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
11. Lucena AF, Magro CZ, Proença MC, Pires AU, Moraes VM, Aliti GB. Validação de intervenções e atividades de enfermagem para pacientes em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 23];38(3):e66789. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-144720170003004028&lng=pt
12. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987;16(6 Pt 1):625-9.
13. Polit DF, Beck CT, Hungler B. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
14. Medeiros RK, Ferreira Júnior MA, Torres GV, Vitor AF, Santos VE, Barichello E. Instrument content validation on nasogastric intubation skills. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 23];17(2):278-89. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/28820/19576>
15. Cesconetto D, Gelbcke FL, Echevarría-Guanilo ME. Validação de conteúdo do instrumento de avaliação do grau de dependência dos usuários. *Enferm*

Foco [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 12];10(5):44-50. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2817>

16. Pereira MA. Tensão do papel de cuidador: aplicabilidade das intervenções de enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2015.

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* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 10];10(6):105-10. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2100/658>

18. Victor MA, Luzia MF, Severo IM, Almeida MA, Goes MG, Lucena AF. Quedas em pacientes cirúrgicos: subsídios para o cuidado de enfermagem seguro. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2017 [citado 2019 Jan

23];11 Supl 10:4027-35. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/173392/001056237.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN No. 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes [Internet]. 2012 [citado 2019 Jan 23]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html

20. Oliveira JS. Riscos de quedas: aplicabilidade de intervenções de enfermagem da NIC em adultos e idosos hospitalizados [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013.

21. Ministério da Saúde. Portaria No. 529, de 1º de abril de 2014. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. 2013 [citado 2018 Mar 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

CONTAMINAÇÃO DE CELULARES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Fernanda Loureiro de Moura¹
Érica Brandão de Moraes²
Julia Darte Martins¹
Deise Ferreira de Souza¹
Maritza Consuelo Ortiz Sanches¹

<http://orcid.org/0000-0003-4298-2383>
<http://orcid.org/0000-0003-3052-158X>
<http://orcid.org/0000-0003-1095-3537>
<http://orcid.org/0000-0002-4294-9957>
<http://orcid.org/0000-0002-6123-9846>

Objetivo: Mapear o perfil microbiológico de contaminação dos celulares em profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva de adulto. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de escopo realizada no segundo semestre de 2019. As buscas foram feitas nas bases de dados Lilacs e Medline (PubMed), Cochrane Library e Google acadêmico com os descritores Cell Phone; Intensive Care Units; Health Personnel; Patient Safety e suas palavras-chaves correspondentes. **Resultados:** Houve predominância de *Staphylococcus coagulase negativa* e *S. aureus*, incluindo cepas resistente à meticilina- MRSA (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*) e bactérias Gram negativas. **Conclusão:** A contaminação dos telefones celulares com bactérias presentes na pele e fossas nasais evidenciou a baixa adesão às medidas de controle de infecções, como higienização das mãos e desinfecção de objetos. Identificou-se que tal contaminação está aliada à falta de protocolos padronizados, o que contribui para o aumento de infecções relacionadas à assistência a saúde e compromete a segurança dos pacientes e dos próprios profissionais de saúde no ambiente hospitalar. Tal fato torna o controle de infecções hospitalares um grande desafio, sendo necessária a padronização de normas para o uso dos telefones celulares neste cenário, como também a realização de atividades educativas com os profissionais de saúde.

Descritores: Telefone celular; Contaminação; Pessoal de saúde; Unidades de terapia intensiva; Segurança do paciente.

CELL PHONE CONTAMINATION IN INTENSIVE CARE UNITS AND PATIENT SAFETY

Objective: To map the microbiological profile of cell contamination in health professionals who work in adult intensive care units. **Methods:** This is a scope review carried out in the second half of 2019. The searches were performed in the Lilacs and Medline (PubMed), Cochrane Library and Google academic databases with the keywords Cell Phone; Intensive Care Units; Health Personnel; Patient Safety and its corresponding keywords. **Results:** There was a predominance of coagulase-negative *Staphylococcus* and *S. aureus*, including methicillin-resistant strains- MRSA (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*) and Gram-negative bacteria. **Conclusion:** The contamination of cell phones with bacteria present on the skin and nasal cavities showed the low adherence to infection control measures, such as hand hygiene and disinfection of objects. It was identified that such contamination is coupled with the lack of standardized protocols, which contributes to the increase in infections related to health care and compromises the safety of patients and health professionals themselves in the hospital environment. This fact makes the control of nosocomial infections a great challenge, requiring the standardization of rules for the use of cell phones in this scenario, as well as the carrying out of educational activities with health professionals.

Descriptors: Cell phone; Contamination; Health personnel; Intensive care units; Patient safety.

CONTAMINACIÓN CELULAR EN UNIDADES DE ATENCIÓN INTENSIVA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo: Mapear el perfil microbiológico de la contaminación de los celulares en profesionales de la salud que trabajan en unidades de cuidados intensivos para adultos. **Métodos:** Esta es una revisión de alcance realizada en el segundo semestre de 2019. Se realizaron búsquedas en las bases de datos académicas Lilacs y Medline (PubMed), Cochrane Library y Google con los descriptores Cell Phone; Unidades de cuidados intensivos; Personal sanitario; Seguridad del paciente y sus palabras clave correspondientes. **Resultados:** Predominó *Staphylococcus coagulasa negativo* y *S. aureus*, incluidas las cepas resistentes a meticilina MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina) y bacterias Gram negativas. **Conclusión:** La contaminación de los teléfonos celulares con bacterias presentes en la piel y las fosas nasales mostró una baja adherencia a las medidas de control de infecciones, como la higiene de manos y la desinfección de objetos. Se identificó que dicha contaminación se combina con la falta de protocolos estandarizados, lo que contribuye al aumento de infecciones relacionadas con la atención médica y compromete la seguridad de los pacientes y los profesionales de la salud en el entorno hospitalario. Este hecho hace que el control de las infecciones nosocomiales sea un gran desafío, que requiere la estandarización de las normas para el uso de teléfonos celulares en este escenario, así como la realización de actividades educativas con profesionales de la salud.

Descritores: Teléfono celular; Contaminación; Personal de salud; Unidades de cuidados intensivos; Seguridad del paciente.

¹Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Petrópolis, RJ, Brasil.

²Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil

Autor Correspondente: Fernanda Loureiro de Moura | E-mail: fernanda.loureiro@outlook.com

Recebido: 20/05/2020 - Aceito: 29/01/2021

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares ameaçam a segurança dos pacientes hospitalizados, podendo levar a complicações que prolongam o tempo de internação, elevam as taxas de morbidade e mortalidade, além de aumentar os custos com procedimentos diagnósticos e terapêuticos¹. Com a evolução tecnológica, houve o aperfeiçoamento de antimicrobianos, desenvolvimento de técnicas modernas de assistência, e com isso o tratamento das doenças graves se tornaram mais efetivos². Em contrapartida, as bactérias se tornaram multirresistentes aos tratamentos mais modernos dificultando a eficácia terapêutica³.

Os microrganismos patogênicos podem ser facilmente veiculados de um paciente a outro pelos profissionais de saúde, por meio das mãos e contatos com objetos sem desinfecção adequada. Neste contexto, o uso de telefones celulares no ambiente hospitalar ao mesmo tempo em que facilita a comunicação da equipe, favorece a transmissão cruzada de microrganismos, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde os pacientes são submetidos a procedimentos invasivos e manipulados diversas vezes ao dia^{4,5}.

A preocupação com a transmissão de microrganismos pelo uso de telefones não é recente. Em 1977, foi sugerido pela primeira vez que os telefones poderiam transmitir infecções⁶. Em 1978, Cozanitis et al.⁷ constaram a presença de bactérias potencialmente patogênicas, oriundas da garganta, mãos e nariz dos profissionais de saúde, em telefones de uma UTI. Em 2005, Borer et al.⁸ encontraram *Acinetobacter baumannii* multirresistente nos telefones celulares dos profissionais de saúde de um hospital em Israel e constataram que existe transmissão cruzada de microrganismos entre as mãos, telefones celulares e pacientes.

Apesar de muitas evidências científicas, a baixa adesão de muitos profissionais às medidas de prevenção e controle de infecções, como uso adequado de equipamentos de proteção individual, higienização das mãos, limpeza e desinfecção de objetos, contribui para o aumento de infecções relacionadas à assistência a saúde e compromete a segurança dos pacientes no ambiente hospitalar. A falta de protocolos padronizados, sobretudo em relação a desinfecção de equipamentos, tem se tornado um grande desafio para os profissionais que trabalham nos serviços de controle de infecções hospitalares^{1,5}.

Uma questão relevante nos dias atuais em relação ao risco de contaminação, refere-se à pandemia ocasionada pela infecção do Coronavírus SARS-Cov2 causador da COVID-19, que trouxe à tona a importância de cuidar tanto da higiene pessoal como dos próprios objetos pessoais,

dentre eles os telefones celulares, considerando que a doença pode ser transmitida por objetos e superfícies que eventualmente estejam contaminadas⁹.

Tendo em vista a gravidade da situação no Brasil e no mundo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou em 2017³ o Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde, com vigência até o ano de 2020, entretanto ainda não existem normas estabelecidas pela ANVISA com relação ao uso e desinfecção dos telefones celulares nas UTIs. O projeto de lei No. 2.136 de 2019 da Câmara dos Deputados¹⁰ aborda a restrição do uso de aparelhos celulares nos serviços de saúde em todas as Unidades Federativas do Brasil, mas ainda não houve aprovação pelos parlamentares.

Uma busca preliminar foi conduzida nas bases PubMed, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e Joanna Briggs Institute Database e não foram encontradas revisões sistemáticas ou de escopo sobre o assunto. De forma a sensibilizar os profissionais de saúde para a gravidade do problema exposto, este estudo teve como objetivo mapear o perfil microbiológico de contaminação dos celulares em profissionais de saúde que trabalham em UTI de adulto.

MÉTODOS

Revisão de escopo realizada segundo recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute (JBI)*¹¹ para revisões de escopo, e checklist *PRISMA Extension for Scoping Reviews*¹² a fim de responder à pergunta de pesquisa “Quais as evidências do perfil microbiológico de contaminação dos telefones celulares dos profissionais de saúde que trabalham em UTI de adulto?”, elaborada de acordo com o acrônimo PCC (População; Conceito; Contexto), onde P = Profissionais de saúde, C = Contaminação microbiológica de celulares, C = UTI de adulto.

Os critérios de elegibilidade foram baseados no detalhamento dos itens da pergunta PCC e tipo de estudo. Foram elegíveis os estudos que continham: **População:** Profissionais de saúde, independente da categoria profissional ou nível; **Conceito:** Qualquer contaminação microbiológica, desde que seja em aparelho celular; **Contexto:** Foram considerados estudos realizados somente em UTI adulto; **Tipo de estudo:** Foram incluídos estudos originais (quantitativos ou qualitativos), independente do desenho de estudo. Não houve restrição de idioma e ano de publicação.

As buscas foram realizadas nas bases de dados Lilacs e Medline (PubMed), Cochrane Library, e Google acadêmico. Foram utilizados os seguintes descritores Mesh “*Cell Phone*”; “*Intensive Care Units*”; “*Health Personnel*”; “*Patient Safety*” e suas palavras-chaves correspondentes, com utilização dos operadores booleanos AND e OR. Também foram realizadas

buscas manuais nas referências dos estudos incluídos a fim de localizar pesquisas relevantes e buscas na literatura cinzenta, incluindo dissertações e teses não publicadas.

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram agrupadas e as duplicatas removidas. Primeiramente os títulos e resumos foram examinados com base nos critérios de inclusão para a revisão. Após esta etapa, foi feita a leitura do texto completo dos artigos selecionados. As divergências entre os revisores em cada etapa do processo de seleção do estudo foram resolvidas por meio de discussão ou com um terceiro revisor.

Os dados foram extraídos, usando uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelos revisores. Os resultados foram apresentados em tabela contendo a distribuição dos estudos por primeiro autor, ano, objetivos, método, amostra para análise, participantes, perfil microbiológico identificado nos telefones celulares, local, além de um resumo narrativo descrevendo como os resultados se relacionam com o objetivo e a pergunta da revisão.

RESULTADOS

A figura 1 apresenta os detalhes do fluxo de seleção. Foram encontrados 88 estudos nas bases de dados, e 3 estudos no Google acadêmico. Após analisados os critérios de elegibilidade e exclusão restaram 8 estudos¹³⁻²⁰ que foram incluídos nesta revisão.

Em relação ao desenho de estudo, foram identificados seis estudos com delineamento transversal¹³⁻¹⁸, um estudo prospectivo monocêntrico¹⁹ e um observacional prospectivo²⁰. Dois estudos estavam no idioma português e foram realizados no Brasil^{15,16}, seis estudos estavam no idioma inglês e foram realizados em outros países^{13,14,17-20}. O ano de publicação variou de 2009 a 2019. O método utilizado nos

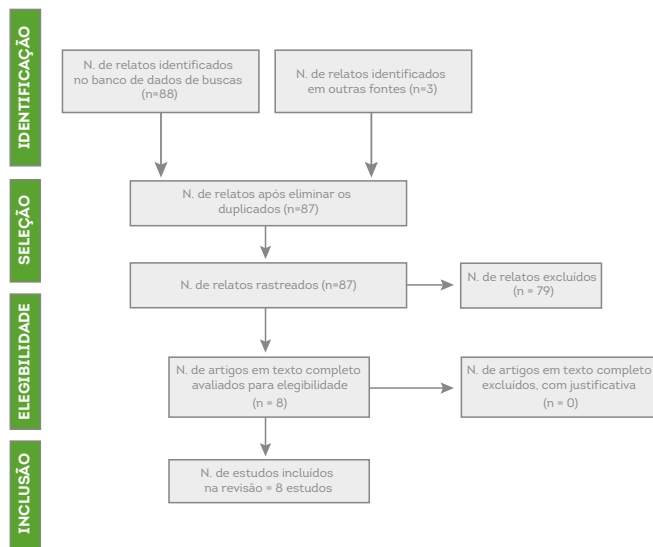


Figura 1. Fluxograma da elegibilidade

estudos para coleta de amostras microbiológicas dos aparelhos celulares foi a técnica do swab.

O perfil microbiológico mapeado nos telefones celulares dos profissionais de saúde que atuavam em UTI de Adulto não especializadas evidenciou contaminação predominante por bactérias Gram positivas como *Staphylococcus coagulase negativa* e *S. aureus*, incluindo cepas resistente à meticilina- MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*), bactérias Gram negativas e leveduras. Participaram dos estudos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas e outros profissionais, como também acadêmicos de enfermagem e medicina. A tabela 1 apresenta os principais resultados dos estudos.

Tabela 1. Caracterização dos estudos sobre contaminação de celulares e perfil microbiológico

Primeiro autor/ Ano	Objetivos	Método	Amostra para análise	Participantes	Perfil microbiológico identificado nos telefones celulares	Local
Ulger/ 2009 ¹³	Determinar a contaminação dos telefones celulares e das mãos dos profissionais de saúde.	Estudo transversal	200 swabs foram coletados de 200 telefones celulares e 200 swabs foram coletados da mão dominante dos profissionais	200 participantes: Médicos, Enfermeiros e outros profissionais da equipe de saúde.	<i>Staphylococcus aureus</i> ; <i>Streptococcus spp.</i> ; <i>CoNS (Coagulase negative Staphylococcus)</i> ; <i>Enterococcus spp.</i> ; Gram negativos não fermentadores; Coliformes; Bolors; Leveduras.	Turquia

Continua...

Continuação.

Primeiro autor/ Ano	Objetivos	Método	Amostra para análise	Participantes	Perfil microbiológico identificado nos telefones celulares	Local
Mohamad/ 2010 ¹⁴	Avaliar o papel dos telefones celulares em relação à transmissão de bactérias dos telefones celulares para as mãos de profissionais de saúde em Unidades de Terapia Intensiva.	Estudo transversal	136 swabs da mão dominante dos profissionais e dos celulares ao mesmo tempo.	136 participantes: Médicos, Enfermeiros e outros profissionais da equipe de apoio.	<i>Staphylococcus aureus</i> ; MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>); <i>Enterococcus spp</i> ; Gram negativos não fermentadores; Coliformes; Leveduras.	Arábia Saudita
Reis/2015 ¹⁵	Investigar se há contaminação bacteriana por <i>Staphylococcus</i> nos telefones celulares da equipe multiprofissional de uma UTI e identificar se estes profissionais realizam algum tipo de desinfecção em seus aparelhos celulares.	Estudo transversal	50 swabs foram coletados de 50 telefones celulares	50 participantes: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas e acadêmicos de enfermagem e medicina.	CoNS (Coagulase negative <i>Staphylococcus</i>); <i>Staphylococcus aureus</i> ; MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>)	Brasil
Pires/2016 ¹⁶	Identificar a presença e a resistência de amostras bacterianas encontradas nos aparelhos celulares dos profissionais da saúde de um hospital público de Porto Velho-RO.	Estudo transversal	Foram coletadas 10 amostra em triplicata dos respectivos locais do aparelho celular: teclado, partes laterais e microfone	Fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem.	70% das amostras houve crescimento bacteriano, 38% para Gram positiva, com 2% das amostras resistente a clindamicina, e 32% para bactérias Gram negativa sendo que 5% das amostras foram resistentes para clindamicina.	Brasil
Kotris/2017 ¹⁷	Identificar e investigar a diferença entre microrganismos presentes em telefones celulares de profissionais de saúde e estudantes de medicina, como também investigar a frequência e a forma de higienização dos telefones celulares.	Estudo transversal	110 swabs foram coletados de 110 telefones celulares	110 participantes: 50 profissionais de saúde (Médicos e enfermeiros) e 60 estudantes de medicina.	CoNS (Coagulase negative <i>Staphylococcus</i>); <i>Staphylococcus aureus</i> ; Sarcinaspp.; <i>Bacillus spp.</i> ; <i>Corynebacterium spp</i> ; Gram negativos não fermentadores; <i>Neisseria spp.</i>	Croácia
Smibert/2018 ¹⁸	Realizar a vigilância microbiológica dos telefones celulares e teclados pessoais e departamentais em uma grande Unidade de Terapia Intensiva e comparar esta análise com isolados clínicos de pacientes que estavam relacionados temporo-espacialmente.	Estudo transversal	Foram coletados swabs de celulares e teclados de computador.	45 telefones celulares pessoais dos médicos, 10 telefones celulares departamentais, 9 teclados de computador e 94 isolados de amostras clínicas.	<i>Acinetobacter spp.</i> MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>); Gram negativos.	Austrália
Missri/2019 ¹⁹	Avaliar a prevalência da colonização bacteriana nos telefones celulares dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva e a eficácia de um produto para higienização.	Estudo prospectivo monocêntrico	112 swabs foram coletados de 56 telefones celulares 42 participantes: Profissionais da área administrativa (controle) 42 swabs foram coletados de 42 telefones celulares	56 participantes: Médicos, Enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros profissionais da equipe de saúde.	CoNS (Coagulase negative <i>Staphylococcus</i>); <i>Staphylococcus aureus</i> ; MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>) e outros	França
Galazzi/2019 ²⁰	Avaliar a contaminação dos celulares dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva antes e após os turnos de trabalho.	Estudo observacional prospectivo	100 swabs foram coletados de 50 telefones celulares	50 participantes: médicos, enfermeiros e outros.	CoNS (Coagulase negative <i>Staphylococcus</i>); <i>Bacillus spp.</i> ; MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>) e outros.	Itália

DISCUSSÃO

Sabe-se que *S. aureus* é um coco gram positivo, frequentemente encontrado na pele e fossas nasais de pessoas saudáveis. Entretanto, possui a capacidade de causar doenças como espinhas, furúnculos, celulites, e até infecções graves como pneumonia, meningite, endocardite, síndrome do choque tóxico, septicemia, dentre outras. Neste contexto, destaca-se, no ambiente hospitalar, a importância da colonização nasal assintomática pelo *S. aureus* dos pacientes, profissionais de saúde e visitantes, que podem transmitir essa bactéria por contato²¹. *Staphylococcus* coagulase negativa tem sido frequentemente associado às infecções de corrente sanguínea, especialmente em pacientes graves ou com doenças hematológicas²².

Pacientes internados em UTIs apresentam risco elevado de desenvolverem infecções associadas ao *Staphylococcus aureus* devido aos procedimentos invasivos, uso de antimicrobiano, feridas e lesões por pressão. Em muitos casos, a descolonização pode ser eficaz para evitar a disseminação da bactéria²³, porém é imprescindível que os profissionais de saúde atentem para a higienização das mãos e dos objetos, como os telefones celulares, para evitar a transmissão cruzada. Tendo em vista que, a cada ligação ou mensagem de texto o telefone celular entra em contato com áreas altamente contaminadas do corpo humano como mãos, boca, nariz e orelhas, o que torna esses aparelhos móveis mais problemáticos do que os dispositivos imóveis quando se trata da prevenção e controle de infecções¹³.

A identificação de bactérias Gram negativas nos celulares também é muito preocupante, visto que tem aumentado o número de cepas resistentes a vários antimicrobianos na Unidade Terapia Intensiva, como *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*, o que torna o tratamento difícil ou até mesmo ineficaz levando o paciente a óbito²⁴.

A contaminação viral em celulares ainda é pouco estudada. Em surtos anteriores por síndrome respiratória aguda (SARS) e a Síndrome respiratória do Oriente Médio, as instituições de saúde ficaram em evidência como locais com elevado grau de contaminação e transmissibilidade. Faz-se necessário interromper esse ciclo para prevenir e controlar a transmissão das doenças infecto-contagiosas. Nesse contexto os profissionais de saúde são pontes de contaminação e transmissão, seja através do contato direto ou por meio dos objetos utilizados por estes. Sendo assim tornou-se imprescindível, dada a crise global, diante da pandemia pelo novo Coronavírus dar atenção especial para os telefones celulares²⁵.

Outros autores corroboram que existe uma lacuna de conhecimento sobre estudos de contaminação dos telefones celulares por vírus. Neste estudo, foi demonstrado que vírus epidêmicos como o vírus influenza, rotavírus e norovírus são capazes de aderir e contaminar superfícies inertes, bem como, dispositivos médicos próximos ao ambiente dos pacientes²⁶. Neste sentido, novos estudos são necessários nessa temática.

Foi observado dentre os estudos selecionados para esta revisão, que nas considerações finais os autores fizeram recomendações em relação à necessidade de orientação dos profissionais de saúde sobre o uso e higienização dos telefones celulares dentro da UTI. A contaminação pode ser reduzida substancialmente pela desinfecção regular com álcool à 70%²⁷, que é um insumo acessível e de baixo custo. Kirkby e Biggs²⁸ realizaram um estudo sobre higienização dos telefones celulares em UTI neonatal e recomendaram a higienização dos aparelhos no início da jornada de trabalho e antes de higienizar as mãos, corroborando com os resultados do estudo realizado por Galazzi et al.²⁰, que evidenciou telefones celulares de profissionais de saúde já contaminados antes do início do turno de trabalho.

A técnica de coleta de swab é bastante utilizada em análises microbiológicas e os swabs de vigilância em aparelhos celulares dos profissionais de saúde podem auxiliar na sensibilização dos mesmos sobre o risco de transmissão dos microrganismos²⁹, particularmente no local de trabalho como UTIs onde os pacientes já apresentam maior risco e suscetibilidade de adquirir uma infecção.

Esta revisão apresentou algumas limitações como poucos estudos sobre o tema, desenhos metodológicos com menor nível de evidência, o que dificulta fazer maiores inferências para a elaboração de protocolos eficazes sobre o uso e higienização dos telefones celulares dentro das UTIs. Apesar de alguns estudos sugerirem o uso do álcool à 70% na descontaminação, o seu uso frequente pode causar danos aos equipamentos, o que reduz a adesão dos profissionais de saúde a esse cuidado.

O uso de aparelhos de comunicação como celulares, *tablets* e computadores é bastante comum nos dias atuais por profissionais de diferentes áreas, incluindo os que atuam na saúde e eles auxiliam o acesso aos dados dos pacientes e até mesmo seu emprego tem ocorrido em ambiente cirúrgico. Tal fato torna o controle de infecções um grande desafio, sendo necessária a padronização de normas para o uso desses equipamentos no ambiente hospitalar, como também a realização de educação permanente dos profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência.

Vale lembrar a responsabilidade ética de todos os profissionais de saúde quanto à segurança dos pacientes, prevista em lei, e da importância da ação dos gestores, equipe de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de Educação Permanente em manter a vigilância e preparo dos que estão diretamente ou indiretamente envolvidos no cuidado, incluindo também profissionais responsáveis pela limpeza do ambiente, profissionais do transporte, familiares acompanhantes ou os que estão presentes somente no momento de visita. Nesse sentido, no Brasil, conta com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2013, o qual estabelece as estratégias, ferramentas e ações que devem assegurar a promoção da mitigação de ocorrência de eventos adversos, incluindo a prevenção e controle de infecção na atenção à saúde, o que também contribui para qualificar a assistência, seguindo as evidências científicas.

CONCLUSÃO

O perfil microbiológico observado nos telefones celulares dos profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva de Adulto foi em sua maior parte de bactérias como *Staphylococcus* spp e bactérias Gram negativas. A contaminação dos telefones celulares com bactérias presentes na pele e fossas nasais dos profissionais de saúde demonstrada neste estudo evidenciou a baixa

adesão às medidas de prevenção e controle de infecções, como higienização das mãos, limpeza e desinfecção de objetos, o que aliado à falta de protocolos padronizados, contribui para o aumento de infecções relacionadas à assistência a saúde e compromete a segurança dos pacientes no ambiente hospitalar.

Existe uma lacuna do conhecimento no que diz respeito à contaminação de celulares por vírus, assim como sobre a higienização da mesma. O que sem dúvida mostra a importância de novos estudos sobre a temática serem abordados.

Contribuição dos autores:

Moura FL, Moraes EB, Martins JD, Souza DF e Sanches MCO contribuíram na concepção, delineamento do estudo, redação, revisão crítica do conteúdo intelectual, análise, interpretação dos resultados e aprovação da versão final do manuscrito. Todas as autoras declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Agradecimentos:

Universidade Federal Fluminense (UFF); Curso de Especialização em Controle de Infecção em Assistência à Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF; Prefeitura Municipal de Petrópolis e Hospital Municipal Dr. Nelson de Sá Earp.

REFERÊNCIAS

1. Ulger F, Dilek A, Esen S, Sunbul M, Leblebicioglu H. Are healthcare workers' mobile phones a potential source of nosocomial infections? Review of the literature. *J Infect Dev Ctries* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 27];9(10):1046-53. Available from: <https://jdc.org/index.php/journal/article/view/26517478/1391>
2. Fontana RT. As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2021 Jan 27];59(5):703-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500021&lng=pt
3. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2017 [citado 2021 Jan 27]. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=m6vPEgtbjw%3D>
4. Stuchi RA, Oliveira CH, Soares BM, Arreguy-Sena C. Contaminação bacteriana e fúngica dos telefones celulares da equipe de saúde num hospital em Minas Gerais. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2013 [citado 2021 Jan 27];12(4):760-7. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18671>
5. Sebastião GC, Giuliani CD, Duarte BA, Paula Júnior NF. Relato de experiência sobre o uso de celulares e adornos em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Eletrônica Acervo Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2021 Jan 27];1:e2009. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/2009/970>
6. Aronson SH. The Lancet on the telephone 1876-1975. *Med Hist* [Internet]. 1977 [cited 2021 Jan 27];21(1):69-87. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/medical-history/article/lancet-on-the-telephone-18761975/99F321AB5C89060E4D5B2C868986F118>
7. Cozantis DA, Grant J, Mäkelä P. Bacterial contamination of telephones in an intensive care unit. *Anaesthetist*. 1978;27(9):439-42.
8. Borer A, Gilad J, Smolyakov R, Eskira S, Peled N, Porat N, et al. Cell phones and Acinetobacter transmission. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2005 [cited 2021 Jan 27];11(7):1160-1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3371817/>
9. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Folha informativa sobre COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 2020 Maio 5]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>

10. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei No. 2.136, de 2019. Torna obrigatória a implantação de Cartão Ponto Eletrônico Digital em todas as Unidades de Saúde que são mantidas pelo SUS e, proíbe o uso de telefones celulares e dá outras providências [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar 15]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=45EC8D0B8182DFF73CF09F4F162D81A9.proposicoesWebExterno1?codteor=1749406&filename=Avulso+-PL+2136/2019
11. Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editors. JBI manual for evidence synthesis. JBI [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 27];169(7):467-73. Available from: <http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews>
13. Ulger F, Esen S, Dilek A, Yanik K, Gunaydin M, Leblebicioglu H. Are we aware how contaminated our mobile phones with nosocomial pathogens? *Ann Clin Microbiol Antimicrob* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 27];8:7. Available from: <https://ann-clinmicrob.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-0711-8-7>
14. Mohamad T, Elkholy MD, Ibrahim E, Ewees MD. Mobile (cellular) phones contamination with nosocomial pathogens in intensive care units. *Med J Cairo Univ*. 2010;78(2):1-5.
15. Reis LE, Silva W, Carvalho EV, Costa Filho A, Braz MR. Contaminação de telefones celulares da equipe multiprofissional em uma unidade de terapia intensiva. *Saber Digital* [Internet]. 2015 [citado 2021 Jan 27];8(1):68-83. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/390>
16. Pires SS. Classificação dos grupos bacterianos / gram positivo e gram negativo / encontrados em aparelhos celulares, da equipe intensivista de um hospital público em Porto Velho-RO [monografia]. Porto Velho: Faculdade São Lucas; 2016.
17. Kotris I, Drenjančević D, Talapko J, Bukovski S. Identification of microorganisms on mobile phones of intensive care unit health care workers and medical students in the tertiary hospital. *Med Glas (Zenica)* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 27];14(1):85-90. Available from: <https://ljkedo.ba/sites/default/files/Glasnik/MG26/12%20Kotris%20878%20A.pdf>
18. Smibert OC, Aung AK, Woolnough E, Carter GP, Schultz MB, Howden BP, et al. Mobile phones and computer keyboards: unlikely reservoirs of multidrug-resistant organisms in the tertiary intensive care unit. *J Hosp Infect* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 27];99(3):295-8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/323527630_Mobile_phones_and_computer_keyboards_unlikely_reservoirs_of_multidrug-resistant_organisms_in_the_tertiary_intensive_care_unit
19. Missri L, Smiljkovski D, Prigent G, Lesenne A, Obadia T, Joumaa M, et al. Bacterial colonization of healthcare workers' mobile phones in the ICU and effectiveness of sanitization. *J Occup Environ Hyg* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 27];16(2): 97-100. Available from: https://www.researchgate.net/publication/328998097_Bacterial_colonization_of_healthcare_workers_mobile_phones_in_the_ICU_and_effectiveness_of_sanitization
20. Galazzi A, Panigada M, Broggi E, Grancini A, Adamini I, Binda F, et al. Microbiological colonization of healthcare workers' mobile phones in a tertiary-level Italian intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;52:17-21.
21. Santos AL, Santos DO, Freitas CC, Ferreira BL, Afonso IF, Rodrigues CR, et al. Staphylococcus aureus: visitando uma cepa de importância hospitalar. *J Bras Patol Med Lab* [Internet]. 2007 [citado 2021 Jan 27];43(6):413-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442007000600005&lng=pt
22. Natoli S, Fontana C, Favaro M, Bergamini A, Testore GP, Minelli S, et al. Characterization of coagulase-negative staphylococcal isolates from blood with reduced susceptibility to glycopeptides and therapeutic options. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 27];9:83. Available from: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-9-83>
23. Oliveira AC, Paula AO. Descolonização de portadores de Staphylococcus aureus: indicações, vantagens e limitações. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2021 Jan 27];21(2):448-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200025&lng=en
24. Gould IM. The epidemiology of antibiotic resistance. *Int J Antimicrob Agents*. 2008;32 Suppl 1:S2-9.
25. Panigrahi SK, Pathak VK, Kumar MM, Raj U, Priya PK. Covid-19 and mobile phone hygiene in healthcare settings. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 27];5(4):e002505. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204931/>
26. Pillet S, Berthelot P, Gagneux-Brunon A, Mory O, Gay C, Viallon A, et al. Contamination of healthcare workers' mobile phones by epidemic viruses. *Clin Microbiol Infect* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 27];22(5):456.e1-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129817/>
27. Schabrun S, Chipchase L. Healthcare equipment as a source of nosocomial infection: a systematic review. *J Hosp Infect*. 2006;63(3):239-45.
28. Kirkby S, Biggs C. Cell phones in the neonatal intensive care unit: how to eliminate unwanted germs. *Adv Neonatal Care*. 2016;16(6):404-9.
29. Caveião C, Novello N, Sales WB, Visentin A, Brey C, Oliveira VB. Swab de vigilância em aparelhos de celulares em hospital de Curitiba - PR: relato de experiência. *Cad Esc Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2021 Jan 27];2(12):12-8. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrazil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/2415/1985>

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM ENTRE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Rinaldo de Souza Neves¹

Flávia Santos Melo¹

Maria Laudelina de Assis Marques¹

<https://orcid.org/0000-0002-5998-9701>

<https://orcid.org/0000-0002-0801-5122>

<https://orcid.org/0000-0002-7284-6019>

Objetivo: Descrever o registro da aplicação do Processo de Enfermagem por estudantes em uma Unidade de Internação Cirúrgica, visando identificar as principais fragilidades na sua implementação. **Métodos:** Estudo explicativo, documental, descritivo de abordagem mista, no qual foram avaliados 60 prontuários registrados por estudantes de Enfermagem no Sistema *TrakCare*® e aplicado um questionário semiestruturado para verificar as fragilidades na implementação desse processo. **Resultados:** Apenas três das cinco etapas do Processo de Enfermagem foram registradas: Histórico, Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem. As fragilidades identificadas para aplicação do Processo de Enfermagem pelos estudantes se relacionam à sua complexidade e a fatores organizacionais do processo de ensino e aprendizagem durante a graduação. **Conclusão:** É necessária a criação de estratégias que facilitem a vivência da aplicação do Processo de Enfermagem em sua totalidade, sobretudo por meio da elaboração conjunta de instrumentos e da aproximação precoce dos discentes com todas as etapas dessa metodologia assistencial na formação profissional.

Descritores: Processo de enfermagem; Estudantes de enfermagem; Ciência; Enfermagem de centro cirúrgico.

IMPLEMENTATION OF THE NURSING PROCESS AMONG NURSING STUDENTS IN A SURGERY UNIT

Objective: To describe the registration and application of the Nursing Process by students in a Surgical Inpatient Unit, aiming to identify the main weaknesses in its implementation. **Methods:** Explanatory, documentary, descriptive mixed approach study, in which evaluated 60 medical records registered by nursing students in the *TrakCare*® System were evaluated and a semi-structured questionnaire was applied to verify the weaknesses in the implementation of this process. **Results:** Only three of the five stages of Nursing Process were registered: Nursing History, Diagnosis and Prescription. The weaknesses identified for students' application of Nursing Process relate to its complexity and to the organizational factors of the teaching and learning process during graduation.

Conclusion: It is necessary to create strategies that facilitate the experience of applying the Nursing Process in its entirety, mainly through the joint development of instruments and the early approach of students with all stages of this methodology of assistance in professional training.

Descriptors: Nursing process; Nursing students; Science; Surgical center nursing.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA ENTRE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EM UNA UNIDAD DE CIRUGÍA

Objetivo: Describir el registro de la aplicación del Proceso de Enfermería por parte de los estudiantes en una Unidad de Hospitalización Quirúrgica, con el objetivo de identificar las principales debilidades en su implementación. **Métodos:** Estudio explicativo, documental y descriptivo de enfoque mixto, en el que se evaluaron 60 registros médicos registrados por estudiantes de enfermería en el Sistema *TrakCare*® y se aplicó un cuestionario semiestruturado para verificar las debilidades en la implementación de este proceso. **Resultados:** Solo se registraron tres de las cinco etapas del proceso de enfermería: historia, diagnóstico y prescripción de enfermería. Como debilidades identificadas para la aplicación en el Proceso de Enfermería, los estudiantes están relacionados con su complejidad y con los factores organizativos del proceso de enseñanza y aprendizaje durante la graduación. **Conclusión:** Es necesario crear estrategias que faciliten la experiencia de aplicar el Proceso de Enfermería en su totalidad, especialmente a través de la elaboración conjunta de instrumentos y el enfoque temprano de los estudiantes con todas las etapas de esta metodología de asistencia en la formación profesional.

Descritores: Proceso de enfermería; Estudiantes de enfermería; Ciencia; Enfermería centro quirúrgico.

¹Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente: Rinaldo de Souza Neves | E-mail: rinaldodesouza@gmail.com

Conflitos de interesse: extraído da Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde.

Recebido: 16/05/2020 - Aceito: 29/01/2021

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como ciência em desenvolvimento, encontra-se construindo uma base própria de conhecimentos científicos¹. E embora sua cientificidade seja uma questão ainda debatida, a implementação do Processo de Enfermagem (PE) por meio da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) fundamenta a profissão como ciência pela aplicação de conceitos e teorias próprias^{1,2}.

Com o desenvolvimento do PE, surgiram também as primeiras teorias de Enfermagem na década de 60, com o objetivo de estabelecer as bases da enfermagem como ciência e firmá-la como profissão autônoma. Entre elas, no Brasil, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), de Wanda de Aguiar Horta possibilitou a introdução de práticas fundamentadas no conhecimento científico^{3,4}.

Por intermédio de Horta, o PE começou a ser implementado nos serviços de saúde com mais ênfase⁴. Desde então, vem sendo reconhecido como um importante instrumento para uma assistência de qualidade e incorporado nos currículos dos cursos de graduação de enfermagem⁵.

O ensino de Enfermagem no Brasil tem suas diretrizes firmadas na Resolução CNE/CES No. 03/2001, que especifica que o profissional enfermeiro deve apresentar formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautada no rigor científico, intelectual e de princípios éticos⁶. Neste sentido, o PE apresenta-se como alicerce na formação do futuro profissional, pois pauta-se em uma visão holística das situações de saúde do paciente e orienta, de forma científica, a execução do cuidado, de modo a atender as necessidades afetadas⁷.

Atualmente, a Resolução No. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) dispõe sobre a obrigatoriedade da implementação da SAE em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem; e norteia a operacionalização do PE em cinco etapas: Histórico de Enfermagem (HE), Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (AE)⁸.

O PE é possível mediante a implementação da SAE, que corresponde à metodologia baseada em planejamento, organização e execução das ações individualizadas e sistematizadas⁹.

O Centro Cirúrgico (CC) é considerado umas das unidades mais complexas de um hospital, devido a sua especificidade e a possibilidade de riscos à saúde inerentes a essa prática terapêutica¹⁰.

Sendo o local em que eventos adversos ocorrem com maior frequência, a implementação do PE insere-se no contexto do CC como metodologia capaz de consolidar

uma prestação de assistência qualificada e segura ao paciente cirúrgico; por estabelecer a comunicação eficaz entre os membros da equipe e o paciente, reduzindo os erros durante os processos de cuidado^{11,12}.

Desse modo, considerando a importância da formação para a implementação da SAE dentro do contexto cirúrgico, este estudo objetiva descrever o registro da aplicação do PE por estudantes em uma Unidade de Internação Cirúrgica, visando identificar as principais fragilidades na sua implementação para o reconhecimento de estratégias a serem utilizadas na superação das lacunas apresentadas pelo processo de ensino e aprendizagem na área profissional de enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental retrospectivo, longitudinal, descritivo e explicativo, de abordagem mista, realizado em duas etapas.

Foi desenvolvido em uma Unidade de Internação Cirúrgica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), que compõe um dos cenários onde os estudantes transitam durante o programa educacional de desenvolvimento de habilidades profissionais em enfermagem.

Na etapa 1 do estudo, analisou-se um total de 60 prontuários, registrados por 16 discentes durante o período de 23/03/2019 a 01/07/2019. Na etapa 2, foram entrevistados 12 estudantes que realizaram os registros durante a etapa 1. Foram desconsiderados os prontuários registrados por profissionais, estudantes de outras Instituições de ensino ou que estavam cursando outras séries. Para a coleta de dados da etapa 2, foram excluídos estudantes que não estavam cursando a terceira série e aqueles que, mesmo contemplando os critérios de inclusão, se recusaram a participar da pesquisa.

Inicialmente, na etapa 1, realizou-se uma análise documental dos registros das etapas do PE, ou seja do HE, DE, resultados esperados (RE), Prescrição de Enfermagem e AE, por estudantes, nos prontuários eletrônicos do Sistema *TrakCare*®. Para tanto, utilizou-se um instrumento denominado "Análise das etapas do PE em prontuário eletrônico", construído com 37 itens com base na Resolução do Cofen⁸ e nas etapas descritas por Tannure e Pinheiro³, por meio do qual foram verificados os registros realizados pelos estudantes, considerando preenchimento ausente, presente e incompleto.

Na etapa 2, realizou-se uma entrevista com a aplicação de um questionário semiestruturado, elaborado para pesquisa, contendo seis questões utilizando-se como recurso a gravação de voz. As entrevistas tiveram um tempo médio de 5 minutos, os entrevistados foram identificados pelo codinome E, de estudante, seguido por um número, de acordo com a ordem em que foram entrevistados.

Os dados coletados durante a etapa 1 do estudo foram tabelados em planilhas Word 2007 e convertidos para análise de medidas de frequência. Para a análise quantitativa, foi considerada a frequência superior a 50% dos itens registrados como ausente, presente e incompleto.

Os dados provenientes das entrevistas foram avaliados conforme a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin¹³. Assim, as falas foram transcritas na íntegra, respeitando a fidedignidade dos discursos após sucessivas escutas e categorizadas para a interpretação e correlação entre elas.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES-DF de acordo com o Parecer nº 3.198.740. As entrevistas foram realizadas após a conscientização dos participantes sobre os objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os termos da Resolução No. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

A seguir, apresentam-se os dados provenientes da etapa 1 desta pesquisa - Análise documental dos registros das fases do PE por estudantes de enfermagem nos prontuários eletrônicos do Sistema *TrakCare*®. Na tabela 1, observam-se os resultados da etapa do HE.

Na tabela 2, verificam-se os resultados dos registros da etapa do DE.

A tabela 3 apresenta o registro da etapa do Planejamento dos RE.

Na tabela 4, nota-se a descrição dos registros etapa da Prescrição de Enfermagem.

A tabela 5 revela o registro da etapa AE pelos estudantes nos prontuários.

Os estudantes apontaram como sendo as principais fragilidades do HE a abordagem da integralidade do paciente em seus aspectos biopsicossocioespirituais e o processo de lembrança das perguntas que devem ser realizadas na coleta de dados junto ao paciente.

Tabela 1. Distribuição dos registros da etapa 1 - HE pelos estudantes de enfermagem em uma Unidade de Internação Cirúrgica

Nº Item	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	PRESENTE	AUSENTE	INCOMPLETO
		n(%)	n(%)	n(%)
01	Identificação do cliente	49(82)	03(5)	08(13)
02	Necessidade de oxigenação	46(77)	01(1)	13(22)
03	Necessidade de Circulação	37(62)	01(1)	22(37)
04	Integridade cutânea	49(82)	04(5)	07(13)
05	Necessidade de percepção	53(89)	05(8)	02(3)
06	Necessidade de nutrição	21(35)	05(8)	34(57)
07	Necessidade de hidratação	35(59)	03(4)	22(37)
08	Necessidade de eliminação	52(87)	01(2)	07(11)
09	Necessidade de sono e repouso	39(65)	20(33)	01(2)
10	Necessidade de exercício e atividade física	16(27)	40(67)	04(6)
11	Necessidade de higiene e cuidado corporal	08(13)	51(85)	01(2)
12	Necessidade de integridade física	19(32)	22(37)	19(31)
13	Necessidade de comunicação	19(32)	37(62)	04(6)
14	Necessidade de Lazer e recreação	05(8)	55(92)	---(---)
15	Necessidade de abrigo	04(7)	15(25)	41(68)
16	Necessidade de regulação térmica	46(77)	14(23)	---(---)
17	Necessidade de religião e filosofia	07(12)	53(88)	---(---)
18	Necessidade de orientação no tempo e espaço	49(82)	07(12)	04(6)
19	Percepções e expectativas relacionadas ao processo de saúde e doença	04(7)	56(93)	---(---)
20	Necessidade de interação social	02(3)	55(92)	03(5)
21	Necessidade de locomoção/mobilidade e mecânica corporal	35(58)	20(33)	05(9)

Tabela 2. Distribuição dos registros da etapa 2 - DE pelos estudantes de enfermagem em uma Unidade de Internação Cirúrgica

Nº Item	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM N= 60	PRESENTE n(%)	AUSENTE n(%)	INCOMPLETO n(%)
01	Fator relacionado	52(87)	08(13)	0(---)
02	Característica definidora	51(85)	09(15)	0(---)
03	Listados em ordem de prioridade	49(82)	11(18)	0(---)

Tabela 3. Distribuição dos registros da etapa 3 - Planejamento dos RE pelos estudantes de Enfermagem em uma Unidade de Internação Cirúrgica

Nº Item	RESULTADOS ESPERADOS N= 60	PRESENTE n(%)	AUSENTE n(%)	INCOMPLETO n(%)
01	Claro e conciso	0(---)	60(100)	0(---)
02	Centrado no paciente	0(---)	60(100)	0(---)
03	Mensurável	0(---)	60(100)	0(---)
04	Relacionado ao título do diagnóstico	0(---)	60(100)	0(---)
05	Alcançável	0(---)	60(100)	0(---)

[...] minha maior dificuldade é abordar essa questão psicossocial, psicoespiritual do paciente, porque a gente foca mais na questão psicobiológica (E-5).

[...] às vezes a gente acaba esquecendo de perguntar algo que seria importante [...] (E-11).

Na etapa do DE, foram relatadas as seguintes fragilidades pelos estudantes: escolha do diagnóstico prioritário e abordar o paciente holisticamente, considerando o julgamento formulado.

[...] a maior dificuldade mesmo é [...] elencar qual é o Diagnóstico prioritário [...] (E-11).

Pra mim no Diagnóstico de enfermagem é ter mais uma visão [...] além do [...] biológico do paciente (E-4).

Com relação à etapa dos RE, os discentes abordaram como fragilidades a pouca aproximação com a Classificação *Nursing Outcomes Classification* (NOC) durante a graduação, o déficit de conhecimento acerca do manuseio do livro e a indisponibilidade no local do estudo.

Tabela 4. Distribuição dos registros da etapa 4 - Prescrição de Enfermagem pelos estudantes de enfermagem em uma Unidade de Internação Cirúrgica

Nº Item	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM N= 60	PRESENTE n(%)	AUSENTE n(%)	INCOMPLETO n(%)
01	Ação a ser realizada	46(77)	13(22)	1(1)
02	O que fazer	46(77)	14(23)	0(---)
03	Como fazer	26(43)	27(45)	7(12)
04	Quando fazer	18(30)	30(50)	12(20)
05	Onde fazer	7(12)	45(75)	8(13)
06	Com que frequência fazer	6(10)	50(83)	4(7)
07	Por quanto tempo fazer	0(---)	57(95)	3(5)
08	Responsável	2(3)	58(97)	0(---)

Tabela 5. Distribuição dos registros da etapa 5 - AE pelos estudantes de enfermagem em uma Unidade de Internação Cirúrgica

Nº Item	AValiaÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM N= 60	PRESENTE n(%)	AUSENTE n(%)	INCOMPLETO n(%)
01	Avaliação do progresso do paciente	5(8)	55(92)	0(---)

[...] a gente não tem muita aproximação com o NOC [...] a gente vê isso na terceira série, mas na segunda, na primeira fica esquecido [...] (E-4).

[...] eu tenho, tenho sim dificuldade de planejar os resultados, eu acho que isso se deve principalmente a gente não saber manejar o NOC [...] (E-7).

[...] eu enxergo a dificuldade relacionada à própria disponibilidade de NIC/NOC aqui na faculdade que a gente também não tem muito acesso [...] (E-1).

As fragilidades de execução da Prescrição de Enfermagem relacionam-se à identificação da responsabilidade dos profissionais na execução do cuidado prescrito, incluindo o que compete ou não ao enfermeiro prescrever; ao fato das prescrições não serem implementadas pelos discentes e profissionais; e a dificuldade no manejo da Classificação *Nursing Intervention Classification* (NIC).

Eu tenho dificuldade em compreender qual a minha competência e qual a competência dos outros profissionais (E-10).

[...] muitas vezes a gente prescreve algumas coisas só que acaba que fica somente escrito. E não executado, porque a gente passa um período curto acompanhando esse paciente, então a gente prescreve algo só que [...] essa prescrição não vai ser executada posteriormente por alguém nem por nós mesmo (E-11).

[...] a Prescrição de enfermagem, ela, ela também difícil [...] porque a gente não tem o hábito de pegar NIC e NOC, e aí, isso fica um pouco perdido (E-4).

Na etapa da AE, a principal dificuldade está relacionada ao acompanhamento do paciente durante o cenário, seja devido ao curto tempo que os estudantes passam no HPE ou ao fato de o intervalo entre um encontro e outro ser extenso, o que, somado à alta rotatividade de pacientes na unidade, dificulta um encontro posterior com o paciente para realização dessa avaliação.

A avaliação também é difícil por essa questão da gente só [...] somente dois dias no cenário [...] (E-5).

[...] não é realizado com frequência essa quinta etapa. Porque o espaço de tempo entre um dia cenário e outro é muito grande. Então a gente não oportunidade de ver o nosso paciente novamente (E-12).

Os estudantes sugerem iniciar a aplicação de todas as etapas do PE mais precocemente durante a formação, a uniformização do ensino entre a teoria e a prática e as séries da graduação e a aplicação de estratégias que possibilitem a aplicação do método.

É minha sugestão é que desde a segunda série, né, comece esse ensino [...] do manuseio NIC e do NOC [...] (E-8).

Eu acho que a primeira delas é que as séries consigam unificar o Processo de Enfermagem (E-6).

[...] no próprio eixo de HPE, a gente fazer simulações de pacientes reais e tentar aplicar o Processo de Enfermagem de uma maneira mais completa [...] (E-2).

[...] eu acho que essa é uma das dificuldades que talvez a escola pudesse tentar trabalhar com os cenários [...] ajudar os servidores a colocar o PE em prática, porque a gente consegue identificar a importância, e gente não consegue identificar na prática. (E-6).

DISCUSSÃO

A partir das entrevistas, as falas foram agrupadas em cinco categorias de fragilidades dos estudantes na implementação do PE, segundo a Resolução do Cofen⁸: HE, DE, RE, Prescrição de Enfermagem e AE, e em uma categoria denominada contribuição para o ensino e aprendizagem do PE, apresentadas mais adiante.

A etapa do registro do HE apresentou maior frequência de preenchimento de dados das necessidades psicobiológicas da TNHB. As necessidades psicossociais e/ou psicoespirituais apresentaram menor frequência quanto aos registros, o que pode estar relacionado à dificuldade dos estudantes em abordar os pacientes de forma integral e de acordo com as NHB.

Os discentes percebem a importância de um referencial teórico na implementação do PE, mas possuem dificuldades na articulação teórico-prática. Este resultado foi corroborado por um estudo realizado sobre o raciocínio clínico dos estudantes de enfermagem sob a perspectiva de educadores¹⁴.

Dessa forma, os achados desta pesquisa levam a indagações acerca do modelo biomédico na prática do cuidado e de aspectos da formação profissional para a superação do modelo biologicista, sendo um grande desafio para os docentes e discentes da área da saúde¹⁵.

As fragilidades na abordagem da integralidade do cuidado ao indivíduo durante a graduação também foram identificadas em um estudo qualitativo realizado com estudantes de enfermagem, em que se evidenciaram as dificuldades enfrentadas como inerentes aos próprios campos de estágio (superlotação) e ao processo de formação (fragmentação entre teoria e prática). E aponta-se, pelos estudantes, a aplicação da SAE como estratégia para obtenção do cuidado integral¹⁶.

Considerando que neste estudo os entrevistados apontam em sua formação dificuldades em abordar o cuidado de forma integral e de acordo com suas NHB, por outro lado, um estudo de análise documental assemelha-se com os resultados desta pesquisa, revelando que os profissionais enfermeiros dão mais ênfase às necessidades de cunho biológico e evidenciando ser necessário ampliarem o olhar para outras necessidades do paciente¹⁷.

Objetivando a implementação do HE com entrevista e exame físico direcionado para as NHB dos pacientes, sugere-se a elaboração e aplicação de roteiros que possam ser utilizados nesta etapa³:

Portanto, nota-se que os estudantes têm realizado o registro incompleto do HE, o que contribui para uma

avaliação insuficiente e fragmentada, podendo resultar em DE e Prescrição de Enfermagem errôneas³.

Com relação à etapa do DE entre os discentes, percebe-se que houve registros positivos evidenciados pelo preenchimento significativo do DE nos prontuários dos pacientes, indicando que a formação tem contribuído para sua identificação e registro.

Por outro lado, os resultados da análise qualitativa revelaram que a principal fragilidade encontrada na elaboração do DE está relacionada à identificação e escolha dos diagnósticos prioritários dos pacientes por parte dos discentes.

Dessa forma, os dados quantitativos da análise documental não confirmam esse resultado, pois, conforme verificado anteriormente, os DE apresentaram-se listados em ordem de prioridade em um percentual significativo dos prontuários analisados, evidenciando que, embora os estudantes considerem difícil priorizar os diagnósticos, o fazem de forma satisfatória.

No entanto, esse resultado é refutado por pesquisas que revelam dificuldades, tanto dos estudantes quanto dos profissionais, na elaboração do DE, etapa considerada uma das mais complexas do PE^{17,18}.

Segundo a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), o diagnóstico prioritário precisa ser identificado para determinar as prioridades de cuidados, ou seja, para compor a base das intervenções. Assim, devem-se considerar os diagnósticos mais críticos, na perspectiva do profissional e do paciente, o tempo e os recursos disponíveis para o tratamento¹⁹.

Ainda na etapa do DE, os sujeitos da pesquisa apontam fragilidades para abordar a integralidade dos pacientes, o que, provavelmente, é reflexo da coleta de dados que se mostrou fragmentada e com foco nas necessidades biológicas. Um estudo similar revelou que os diagnósticos psicossociais são identificados pelos estudantes mais dificilmente²⁰.

É importante salientar que, durante essa etapa, os dados são analisados e interpretados de modo a direcionar o cuidado de enfermagem nas etapas subsequentes, portanto, o não estabelecimento de DE prioritários, com base no nível de gravidade, pode culminar em um processo não resolutivo e danoso ao paciente³.

Na etapa do Planejamento dos RE, observou-se que não havia esse registro nos prontuários analisados, demonstrando que os estudantes não o realizam ou não o registram. Possivelmente, esse resultado se complementa com os achados qualitativos das entrevistas deste estudo, onde os discentes revelam o déficit de conhecimento

no manuseio da NOC durante a graduação como sendo a principal fragilidade na aplicação da etapa, resultado similar a outro estudo que aponta o manuseio dos sistemas de classificação como uma dificuldade apresentada pelos estudantes de enfermagem²¹.

Assim, considera-se que a ausência da realização do Planejamento dos RE fragiliza a aplicação do PE, pois impossibilita a percepção de resolução do DE³.

Na maioria dos prontuários pesquisados, constava o registro da Prescrição de Enfermagem. Por outro lado, os itens "responsável", "por quanto fazer", "com que frequência fazer" e "onde fazer" foram pouco registrados, indicando que os estudantes não conseguem estabelecer de quem é a responsabilidade das prescrições entre os membros da equipe de enfermagem, assim como apresentam dificuldades para o aprazamento dos cuidados.

As falas dos estudantes complementam os dados quantitativos dos registros desta pesquisa, ao indicar a fragilidade que existe na definição das competências dos profissionais de enfermagem na implementação da Prescrição de Enfermagem e revelar, ainda, a não execução do cuidado prescrito por eles e pelos profissionais.

As competências dos profissionais de enfermagem quanto à implementação do PE é reiterada na Resolução do Cofen⁸ que regulamenta, como incumbência do enfermeiro, a liderança na execução e avaliação do PE, sendo o DE e a Prescrição suas atividades privativas, enquanto ao técnico e auxiliar de enfermagem cabe a execução do PE sob supervisão do enfermeiro, naquilo que lhes couber, ou seja, participando das etapas do HE, Prescrição de Enfermagem e AE.

Com relação à competência dos profissionais da equipe de enfermagem na etapa da Prescrição, sabe-se que o Decreto No. 94.406/1987 dispõe sobre as atribuições que são privativas do enfermeiro e as que incumbem aos técnicos e auxiliares de enfermagem²². Acredita-se que uma maior aproximação com este documento durante a graduação possa orientar as responsabilidades dos cuidados prescritos pelos estudantes.

Em uma pesquisa, observou-se resultado semelhante, com relatos da realização da Prescrição apenas como exercício pedagógico, pois não era implementada pelos próprios estudantes ou pela equipe de enfermagem²³.

Identificou-se que, na maioria dos prontuários, não havia registro da AE pelo estudante, devido à ausência de acompanhamento diário e ao intervalo extenso entre um encontro e outro com o paciente durante as práticas no cenário. Além disso, a alta rotatividade de pacientes admitidos no setor de Clínica Cirúrgica também limita a realização da AE pelos estudantes.

Isto dificulta a obtenção, por parte dos estudantes, da excelência na oferta de cuidados, pois, ao não realizarem a AE, não detectam os cuidados a serem mantidos e os que devem ser modificados e, ainda, os que podem ser finalizados, o que impede que aprendam com os resultados positivos e negativos³.

Como sugestão para melhoria do ensino e aprendizagem do PE, os estudantes relataram que iniciar o ensino de todas as etapas da metodologia mais precocemente ajudaria a consolidar sua aplicação durante a graduação.

A inclusão do PE nos componentes básicos do curso é vista com a possibilidade de conduzir a uma aprendizagem pouco significativa por dificultar o desenvolvimento de competências de saber, fazer e ser. Já sua inserção nos componentes profissionais da graduação favorece uma articulação teórico-prática, levando a um aprendizado significativo²⁴.

Os discentes sugeriram, ainda, a uniformização do ensino do PE entre as séries, aliando teoria e prática, necessidade apontada também por estudantes de enfermagem participantes de outra pesquisa²⁵.

Propuseram, ainda, os estudantes a aplicação de diversas estratégias para o ensino e aprendizagem do PE, incluindo estudos clínicos reais e regulares e a execução de um projeto de intervenção nos cenários, visando à aplicação do PE também por profissionais, já que consideram desestimulador o fato de não visualizarem a sua implementação por enfermeiros nos cenários de atividades práticas.

A utilização de situações reais como estratégia de ensino do PE propicia aos estudantes uma intensificação do pensamento crítico, por terem a oportunidade de tomar decisões a articular teoria e prática²⁵. Destarte, considera-se relevante aderir a essa estratégia.

Um estudo realizado com estudantes de uma universidade pública brasileira revelou uma percepção similar deles no que se refere a não realização do PE por profissionais da área nos campos de estágio²⁶. E sabe-se que os estudantes aceitam melhor o PE quando conseguem visualizá-lo na prática profissional²⁷.

Realizou-se a pesquisa com um número restrito de estudantes, por um curto período de tempo, mediante a aplicação de instrumentos para coleta de dados ainda não validados. Além disso, a pesquisa foi realizada com discentes da terceira série do curso de graduação, onde não há uma continuidade na aplicação do PE nos cenários de ensino e aprendizagem da graduação em enfermagem.

As contribuições do estudo para a enfermagem incluem a identificação das principais fragilidades vivenciadas pelos estudantes na aplicação do PE nos cenários de práticas, o que possibilita uma reflexão dos docentes em relação ao

processo de ensino e aprendizagem e a adoção de estratégias que facilitem a implementação desse instrumento do cuidado de enfermagem em sua totalidade de forma contínua, inter-relacionada, flexível e dinâmica.

CONCLUSÃO

Na análise documental, foi possível quantificar os registros das etapas PE nos prontuários eletrônicos, assim como as entrevistas realizadas permitiram qualificar e complementar os resultados para a discussão da pesquisa.

A implementação do PE entre os estudantes ocorre de forma fragmentada e incompleta, onde eles registraram três das cinco etapas, ou seja, o HE, o DE e Prescrição de Enfermagem. A etapa menos registrada e executada foi a AE e a etapa dos RE não foi realizada.

Na etapa do HE, evidenciou-se a necessidade de trabalhar com os estudantes a utilização de roteiros durante a coleta de dados para um olhar integral do paciente, considerando suas necessidades biopsicossocioespirituais.

Os estudantes registram os DE dos pacientes nos prontuários, entretanto, apresentam dificuldades em elencar os prioritários. Assim, percebe-se que a instituição de ensino contribui positivamente na formação dos estudantes para a realização do processo diagnóstico.

Os discentes elaboram os DE dos pacientes, mas não realizam a etapa do RE. Isto se deve ao déficit de conhecimento da Classificação NOC na graduação, revelando a necessidade da inserção precoce dessa etapa em sua formação profissional.

Na implementação da prescrição dos cuidados, os estudantes revelam desconhecimento das atribuições da equipe de enfermagem em relação a essa etapa, como também a pouca valorização dos profissionais e discentes em sua execução.

A etapa da AE apresentou registros deficientes pelos estudantes, principalmente pela dificuldade de acompanhamento diário dos pacientes cirúrgicos, tornando necessário o estabelecimento de estratégias que possam viabilizar a sua aplicação de forma contínua.

Diante de todas as fragilidades identificadas no registro e implementação do PE entre os estudantes, sugere-se a inclusão precoce de todas as etapas na graduação, uniformização do ensino desse método no curso e aplicação de diversas estratégias de aprendizagem que possam contribuir para a formação profissional.

Contribuição dos autores:

Rinaldo de Souza Neves e Maria Laudelina de Assis Marques contribuíram na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica

do manuscrito e na aprovação da versão final a ser publicada. Flávia Santos de Melo contribuiu na concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; e aprovação da versão final a ser publicada.

Agradecimentos:

A Deus, pela saúde, sabedoria e oportunidades concedidas. Aos estudantes que participaram e colaboraram com a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Dias JA, David HM, Vargens OM. Science, nursing and critical thinking – epistemological reflections. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 14];10 Suppl 4:3669-75. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11142/12644>
2. Neves RS. Análise do processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: um estudo de caso [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2010.
3. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
4. Horta WA. Processo de Enfermagem. 2a ed. São Paulo: Gen; 2011.
5. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2015 [citado 2019 Out 14]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>
6. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES No. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. 2001 Nov 9 [citado 2019 Out 14]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
7. Rosa CS, Lunardi Filho WD, Pimpão FD, Vettorello JS. The teaching of nursing process from the perspective of professors. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 14];9(6):8235-44. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10583/11534>
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução No. 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras [Internet]. 2009 [citado 2019 Out 14]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
9. Carvalho FS, Barcelos KL. Sistematização da Assistência de Enfermagem: vivências e desafios de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. *Rev Bras Ciênc Vida* [Internet]. 2017 [citado 2019 Out 14];5(2):21-5. Disponível em: <http://jornalold.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/170>
10. Henriques AH, Costa SS, Lacerda LS. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2016;21(4):1-9.
11. Carvalho R, Bianchi ER, editores. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 2a ed. Barueri: Manole; 2016.
12. Walker IA, Reshamwalla S, Wilson IH. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? *Br J Anaesth*. 2012;109(1):47-54.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
14. Huang HM, Huang CY, Lee-Hsieh J, Cheng SF. Establishing the competences of clinical reasoning for nursing students in Taiwan: from the nurse educators' perspectives. *Nurse Educ Today*. 2018;66:110-6.
15. Botosso RM. Processo de Enfermagem nas escolas de nível técnico e superior de Mato Grosso: estudo sobre as concepções e práticas educativas docentes [tese] [Internet]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2014 [citado 2019 Out 14]. Disponível em: <https://www1.ufmt.br/ufmt/unidade/userfiles/publicacoes/f8e738e6e3d79054e59fb47ab19a206f.pdf>
16. Santos AT, Oliveira CB, Passos MC, Andrade AS, Galloti FC. Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: visões e vivências do acadêmico de enfermagem. *fEnferm Foco*. 2019;10(1):122-6.
17. Neves RS, Shimizu HE. [Analysis of the implementation of Nursing Assistance Systematization in a rehabilitation unit]. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(2):222-9. Portuguese.
18. Silva AG, Peixoto MA, Brandão MA, Ferreira MA, Martins JS. [Nursing students' difficulties in the learning of diagnostics in nursing, in a metacognitive perspective]. *Esc Anna Nery*. 2011;15(3):466-71. Portuguese.
19. North American Nursing Diagnosis Association. *Taxonomy I – revised 1989: with official diagnostic categories*. St. Louis: Mosby; 1990.
20. Yont GH, Khorshid L, Eser I. Examination of nursing diagnoses used by nursing students and their opinions about nursing diagnoses. *Int J Nurses Terminol Classif* [Internet]. 2009 [cited 2019 Nov 11];20(4):162-8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/38061603_Examination_of_Nursing_Diagnoses_Used_by_Nursing_Students_and_Their_Opinions_About_Nursing_Diagnoses
21. Bitencourt GR, Oliveira FM, Santana RF, Marques D, Rocha IC, Cavalcanti AC. Saberes e práticas de acadêmicos sobre os sistemas de classificação de enfermagem. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2016 [citado 2019 Nov 11];6(2):2247-57. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/969>
22. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto No. 94.406/1987. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem. Diário Oficial da União. 1987 Jun 9 [citado 2019 Out 14]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
23. Silva CC, Gelbcke FL, Meirelles BH, Arruda C, Goulart S, Souza AI. [Teaching Nursing Care Systematization on teachers and students' perspective]. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2019 Oct 14];13(2):174-81. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12390/9618>. Portuguese.
24. Leadebal OD, Fontes WD, Silva CC. Learning process of nursing: planning and insertion into matrices curriculum. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct 14];44(1):190-8. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100027&lng=en&nrm=iso&tlng=en
25. Takahashi AA, Barros AL, Michel JL, Souza MF. Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2019 Oct 14];21(1):32-8. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100005&lng=en
26. Silva JP, Garanhahi ML, Peres AM. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o pensamento complexo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(1):59-66.
27. Oliva AP, Lopes DA, Volpato MP, Hayashi AA. Atitudes de alunos e enfermeiros frente ao diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):361-7.

Enferm Foco vol 11 no.2 ESP Brasília dez 2020 Epub dez 2020

Eletrônico ISSN: 2357-707X - Impresso ISSN: 2177-4285

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP>

No artigo 5 – Reflexão - “*Otimização dos cuidados intensivos na Assistência ao paciente com Covid-19*” com número de

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.4072> ,
publicado na Revista Enfermagem em Foco, vol. 11(2 ESP): 32-36

Na Página 32 na nota de rodapé

Onde se lia:

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

2 Instituto Nacional de Câncer. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Autor Correspondente: Camila Lopes Liandro - Email: liandro1989@gmail.com

Leia-se:

1 Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), RS, Brasil.

2 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), SC, Brasil.

Autor Correspondente: Josefina Busanello Email: josefinebusanello@unipampa.edu.br

Enferm Foco vol 11 no.2 ESP Brasília dez 2020 Epub dez 2020

Eletrônico ISSN: 2357-707X - Impresso ISSN: 2177-4285

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP>

No artigo 34 – Revisão Integrativa de Literatura: ***“Abordagem da enfermagem às famílias no enfrentamento do distanciamento social e do novo coronavírus”*** com número de

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.3761> ,

publicado na Revista Enfermagem em Foco, vol. 11(ESP 2): 219-224

Na identificação dos autores na página 219

Onde se lia:

Fernanda Lise, Josiele de Lima Neves, Naiane Pereira de Oliveria, Luciana Rota Senna, Eda Schwartz, Lilian Moura de Lima Spagnolo

Leia-se:

Fernanda Lise, Josiele de Lima Neves, **Naiane Pereira de Oliveira, Luciana Rota Sena**, Eda Schwartz, Lilian Moura de Lima Spagnolo

Enferm Foco vol 11 no.2 Brasília 2020 Epub jul 2020
Eletrônico ISSN: 2357-707X - Impresso ISSN: 2177-4285
DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2>

No artigo 28 – *“Indicadores de qualidade aplicados na assistência de enfermagem em cuidados paliativos: Revisão integrativa da literatura”* com número de
DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.2652>
publicado na Revista Enfermagem em Foco, vol. 11(2):191-197

Nos cabeçalhos das páginas 192 a 197

Onde se lia:

INDICADORES DE QUALIDADE APLICADOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

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

Leia-se:

INDICADORES DE QUALIDADE APLICADOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Rafaela Silva Santos, Fábria Maria de Lima, Joicy Costa da Hora, Deuzany Bezerra de Melo Leão

Enferm Foco vol 11 no.2 ESP Brasília dez 2020 Epub dez 2020
Eletrônico ISSN: 2357-707X - Impresso ISSN: 2177-4285
DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP>

No artigo 15 – Reflexão – **“A Enfermagem em destaque na pandemia da COVID-19: uma análise em mídias sociais”**

com número de

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.4000> ,
publicado na Revista Enfermagem em Foco, vol. 11(ESP 2): 97-102

Na página 101

Onde se lia:

“Investimento e criação de metodologias de atendimento mais eficazes no controle do coronavírus.

Muitas estratégias surgiram diante das demandas da pandemia do coronavírus, especialmente no Brasil. atendimentos virtuais como o TeleSUS, Telessaúde e Teleconsultas surgiram...”

Faltou o restante do item e o seguinte.

REPUBLICADO O ARTIGO A SEGUIR

A ENFERMAGEM EM DESTAQUE NA PANDEMIA DA COVID-19: UMA ANÁLISE EM MÍDIAS SOCIAIS

Pedro Henrique de Souza Domingues¹

Andréa Mathes Faustino¹

Keila Cristianne Trindade da Cruz¹

<https://orcid.org/0000-0001-6422-7974>

<https://orcid.org/0000-0002-5474-7252>

<https://orcid.org/0000-0001-8146-8323>

Objetivo: Apresentar e analisar as notícias veiculadas em *websites* sobre a Enfermagem no atual momento de pandemia da COVID-19. **Métodos:** Foi realizada uma busca de notícias nos *sites* da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, no período de janeiro a abril de 2020. **Resultados:** Foram encontradas 32 notícias, sendo 14 internacionais e 18 nacionais. As notícias foram classificadas em três categorias: “A importância da enfermagem no cuidado da pandemia da COVID-19”, “Suporte e treinamento para enfermeiros na pandemia da COVID-19” e “Investimentos e a enfermagem na criação de metodologias de atendimentos mais eficazes no controle do coronavírus”, sendo que este último foi a categoria com maior número de notícias. **Conclusão:** Ficou evidente que as mídias exercem um papel fundamental na disseminação de informações e destacaram, no presente estudo, o protagonismo da enfermagem em tempos de pandemia do COVID-19. As notícias encontradas nacional e internacionalmente reforçaram que a enfermagem atua na linha de frente nessas situações e por sua importância na saúde mundial, precisa ser mais valorizada.

Descritores: Enfermagem; Infecções por coronavírus; Mídias sociais.

FEATURED NURSING IN THE COVID-19 PANDEMIC: AN ANALYSIS IN SOCIAL MEDIA

Objective: To present and analyze the news published on websites about Nursing in the current pandemic moment of COVID-19. **Methods:** A search for news was carried out on the websites of the World Health Organization and the Ministry of Health, from January to April 2020. **Results:** 32 news items were found, 14 international and 18 national. The news were classified into three categories: “The importance of nursing in the care of the pandemic of COVID-19”, “Support and training for nurses in the pandemic of COVID-19” and “Investments and nursing in the creation of more effective care methodologies in the control of the coronavirus”, the latter being the category with the highest number of news. **Conclusion:** It was evident that the media play a fundamental role in the dissemination of information and highlighted, in this study, the role of nursing in times of pandemic of COVID-19. The news found nationally and internationally reinforced that nursing acts on the front line in these situations and due to its importance in global health, it needs to be more valued.

Descriptors: Nursing; Coronavirus infections; Social media.

ENFERMERÍA DESTACADA EN LA PANDEMIA COVID-19: UN ANÁLISIS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIALES

Objetivo: Presentar y analizar las noticias publicadas en sitios web sobre Enfermería en el momento actual de la pandemia de COVID-19. **Métodos:** Se realizó una búsqueda de noticias en los sitios web de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud, de enero a abril de 2020. **Resultados:** Se encontraron 32 noticias, 14 internacionales y 18 nacionales. Las noticias se clasificaron en tres categorías: “La importancia de la enfermería en la atención de la pandemia de COVID-19”, “Apoyo y capacitación para enfermeras en la pandemia de COVID-19” y “Inversiones y enfermería en la creación de metodologías de atención más eficaces en el control del coronavirus”, siendo esta última la categoría con mayor número de novedades. **Conclusión:** Era evidente que los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la difusión de información y destacaron, en este estudio, el papel de la enfermería en tiempos de pandemia de COVID-19. Las noticias encontradas a nivel nacional e internacional refuerzan que la enfermería actúa en primera línea en estas situaciones y, debido a su importancia en la salud mundial, debe ser más valorada.

Descritores: Enfermería; Infecciones por coronavirus; Medios de comunicación sociales.

¹Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, DF, Brasil

Autor Correspondente: Keila Cristianne Trindade da Cruz E-mail: keilactc@unb.br

Recebido: 09/6/20 Aceito: 06/8/20

INTRODUÇÃO

A importância social e de atuação da enfermagem é atualmente destacada e reconhecida pelo público em geral, principalmente no período em que está em curso a pandemia da COVID-19. O desempenho da equipe de enfermagem está voltado para a recuperação de pessoas infectadas pelo novo coronavírus. E, nos diferentes cenários de trabalho, os enfermeiros são desafiados e mostram sua importância e seu papel junto a equipe de saúde¹.

A palavra pandemia foi utilizada pela primeira vez por Platão, assumindo um significado geral de qualquer fato que alcançasse toda a população². Com o passar do tempo, foi definida como “uma epidemia de grandes proporções, que se espalha a vários países e a mais de um continente”³.

Ao longo da história, diversas doenças foram categorizadas como pandêmicas, dentre as quais vale destacar a gripe espanhola, posterior à primeira guerra mundial, que foi responsável pela morte de mais de cinquenta milhões de pessoas⁴; a cólera⁵ e, mais atualmente, a COVID-19.

Desde o início da atual pandemia COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2), foi notória a grande preocupação dos países atingidos, da mídia e das organizações de saúde, diante de uma doença com altas taxas de transmissibilidade, que se alastrou rapidamente e que trouxe diferentes impactos em inúmeras instâncias da sociedade e do Estado⁶. Destaca-se que no mundo, até a terceira semana de abril de 2020, foram confirmados 2.649.680 casos de COVID-19 e 184.643 óbitos, com taxa de letalidade de 7%. Nesse mesmo período, no Brasil, foram confirmados 46.195 casos, 2.924 óbitos, e taxa de letalidade de 6,3%⁷.

Diante do atual cenário pandêmico e de isolamento social, duas figuras se destacaram no Brasil e no mundo: o papel da mídia social, em todos os seus pilares, por meio de websites de revistas, jornais, blogs e outros formatos on-line; e a atuação de enfermeiros e da equipe de enfermagem, tanto no âmbito nacional quanto internacional. A primeira figura surge como um veículo de informações rápidas, quase que instantâneas, que busca atualizar e levar notícia à população em tempo real, enquanto que a segunda, representada pelos profissionais da enfermagem desempenham seu papel fundamental no controle da pandemia e na assistência direta e indireta aos pacientes testados positivos para a COVID-19.

Vale destacar que a enfermagem marcou sua presença em contextos de pandemias e epidemias, tanto no Brasil quanto no mundo. Como exemplo, houve a epidemia de febre tifóide no Brasil, no final da década dos anos de 1960⁸, e a “Gripe Espanhola” entre os anos de 1918-1919 no mundo⁹, que evidenciaram a atuação de enfermeiros no cuidado dos doentes.

Assim, precisamos reforçar que a “preparação para qualquer potencial crise de saúde pública deve incluir a garantia de que os enfermeiros tenham treinamento, recursos e apoio para ajudar o máximo que puderem”. Assim, devemos investir em enfermeiros, pois estes profissionais são fundamentais para o controle de uma pandemia^{4,9}.

Sabendo da importância dessas figuras e levando em consideração o momento atual vivido pela sociedade, levantou-se as seguintes perguntas norteadoras: *Como as mídias sociais, nacionais e internacionais, estão contribuindo para evidenciar o protagonismo da enfermagem em momentos de pandemia do novo coronavírus? E quais são os principais temas relacionados à atuação da equipe de Enfermagem no combate à COVID-19?*

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo apresentar e analisar as notícias veiculadas sobre a Enfermagem, em momentos de pandemia da COVID-19, nos websites da Organização Mundial da Saúde (OMS), a nível internacional e pelo Ministério da Saúde (MS), no Brasil.

O processo de Busca das Notícias Nas Mídias Sociais

Em meio à pandemia de COVID-19, muitas notícias sobre a enfermagem circularam tanto no Brasil, como no mundo desde o momento que a OMS foi alertada sobre os primeiros casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, em 31 de dezembro de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia⁷.

Nesse sentido, com o intuito de juntar, ler, compreender, sintetizar e discutir as informações divulgadas, foi realizada uma busca em sites de referência nacional e internacional. Para isso foi escolhido o banco de dados da OMS (<https://www.who.int>), um site representativo para a saúde de forma global, e o banco de dados do Ministério da Saúde do Brasil (<https://saude.gov.br/>).

Foram selecionadas as notícias divulgadas que continham o tema “enfermagem/enfermeiro(a)” e “COVID-19”, publicadas nos idiomas português e inglês, nos respectivos banco de dados e divulgadas no período compreendido entre 01 de janeiro a 30 de abril de 2020.

Desenvolvimento

No período proposto, após exclusão de duplicatas e notícias que não abordavam a temática, foram encontradas 32 notícias, sendo 14 notícias da OMS e 18 veiculadas no site do MS. Tanto na OMS quanto no MS, a maioria das notícias foram publicadas no mês de abril; apenas quatro

notícias foram publicadas no mês de março e uma em fevereiro. Todas estavam relacionadas à participação do enfermeiro na linha de frente no cuidado ao paciente vítima de COVID-19, de forma direta ou indireta. O Quadro 1 apresenta o número de notícias, segundo as categorias das notícias encontradas e selecionadas para compor a amostra da presente pesquisa.

Quadro 1. Número de notícias segundo as categorias das notícias selecionadas de enfermagem e COVID-19, Brasília, 2020.

Categorias	OMS*	MS**	Total
1ª Categoria: A importância da enfermagem no cuidado da pandemia do COVID-19	06	05	11
2ª Categoria: Suporte e treinamento para enfermeiros na pandemia do COVID-19	08	01	09
3ª Categoria: Investimentos e a enfermagem criação de metodologias de atendimento mais eficazes no controle do coronavírus	00	12	12
Total	14	18	32

Legenda: *Organização Mundial da Saúde, ** Ministério da Saúde.

Quadro 2. Notícias veiculadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde sobre a enfermagem e a COVID-19 segundo a data, título e tema geral de categorização, Brasília, 2020.

Nº	Data	Título	Categoria
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS			
1	07/04/2020	First ever State of the Worlds Nursing report launched amid COVID19 pandemic	2º
2	04/2020	Year of the Nurse and the Midwife 2020	2º
3	07/04/2020	Support Nurses and Midwives through COVID - 19	2º
4	02/04/2020	World Health Worker Week 2020	2º
5	07/04/2020	WHO and partners call for urgent investment in nurses	2º
6	07/04/2020	Thanks Health Heroes - World Health Day	2º
7	05/04/2020	World Health Day 2020	2º
8	07/04/2020	Civil Society Briefing in Observance of World Health Day 2020	1º
9	24/04/2020	WHO supports Ukrainian and Italian health systems through conflict and COVID - 19	2º
10	06/04/2020	WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID - 19	1º
11	04/2020	Thanks Health Heroes	1º
12	07/04/2020	World Health Day 2020	1º
13	07/04/2020	WHO Director-General's remarks on World Health Day	1º
14	07/02/2020	WHO reaffirms commitment to nursing and midwifery. Emergency nursing in Jamaica Support Nurses and Midwives through COVID-19	1º
MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS			
15	28/04/2020	500 mil profissionais dispostos a atuarem no combate ao coronavírus	1º
16	28/04/2020	Cadastro para bonificação de residentes será reaberto	3º
17	24/04/2020	Postos de Saúde do SUS terão consulta virtual	3º
18	22/04/2020	MS garante suporte psicológico a profissionais do SUS	3º
19	21/04/2020	37 milhões a mais para tratamento de pacientes de hemodiálise	3º
20	14/04/2020	Mais de 2 milhões de pessoas já utilizaram os serviços do TeleSUS	1º
21	14/04/2020	Saúde na Hora: R\$ 1,7 bilhão está disponível, mas apenas 7% dos municípios participam do programa	3º
22	13/04/2020	Manaus será primeira cidade a receber profissionais de saúde	3º

Continua...

Continuação.

Nº	Data	Título	Categoria
23	07/04/2020	MS já atendeu 471,6 mil pessoas à distância	1º
24	03/04/2020	Governo do Brasil libera R\$ 9,4 bilhões para combate ao coronavírus	3º
25	02/04/2020	Cerca de 5 milhões de profissionais de saúde serão cadastrados	2º
26	02/04/2020	Esclarecimento sobre fala do ministro na coletiva de imprensa do dia 31/3	1º
27	01/04/2020	Alunos da área de saúde poderão ajudar no combate ao coronavírus	3º
28	01/04/2020	Voluntários podem ajudar contra o coronavírus	3º
29	27/03/2020	Saúde destina R\$ 144 milhões para construção de Centro Hospitalar na Fio Cruz	3º
30	19/03/2020	Postos de saúde adotam método que agiliza atendimento de casos suspeitos	3º
31	23/03/2020	Município do Rio de Janeiro inaugura primeira unidade do Saúde na Hora	3º
32	10/03/2020	90% dos casos de coronavírus podem ser atendidos nos postos de saúde	1º

É importante destacar que o ano de 2020 foi escolhido para a campanha mundial de fortalecimento da Enfermagem – “*Nursing Now*”, uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Conselho Internacional de Enfermeiros, com o objetivo de chamar a atenção dos governos dos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), para que valorizem os profissionais de enfermagem. Trata-se de um chamado anterior à situação da COVID-19 e a busca pela valorização da enfermagem se fortalece dia após dia durante a pandemia.

A importância da enfermagem no cuidado da pandemia do COVID-19

A maioria das notícias abordou o importante papel da enfermagem na pandemia do COVID-19. Segundo a OMS, a profissão ganhou destaque por estar na linha de frente para atendimento desses pacientes. Sabe-se que os enfermeiros(as) representam mais da metade de todos os profissionais de saúde no mundo, fornecendo serviços vitais em diferentes setores da saúde. Em todo o mundo têm se destacado sua compaixão, bravura e coragem nesse momento de pandemia de COVID-19.

O papel do enfermeiro e sua equipe de trabalho ganham destaque por estarem diretamente associados com os cuidados às pessoas infectadas, em diferentes contextos de saúde. Seja em um pronto atendimento, em uma unidade de internação ou uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), lá estão desempenhando seu papel junto à equipe de saúde, muitas vezes sem os recursos que necessitam para exercer o cuidado adequado.

Relatório da OMS em parceria com o Conselho Internacional de Enfermeiros e “*Nursing Now*”, divulgado em 06 de abril de 2020, demonstra a existência de aproximadamente 28 milhões de enfermeiros em todo o mundo. Apesar de existirem tantos profissionais, ainda há um déficit global de 5,9 milhões deles, principalmente em países

da África, Ásia e na região leste do Mediterrâneo, além de algumas localidades na América Latina¹⁰.

O relatório em questão salienta que o enfermeiro é um profissional essencial na atenção primária e tem importante atuação na educação em saúde, bem como na prevenção, acompanhamento e controle de doenças dos pacientes. Os profissionais enfermeiros também podem atuar na prevenção e combate à COVID-19, integrando a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o MS avaliará as demandas e encaminhará os profissionais para integrar diferentes equipes de saúde pelo país. O cuidado prestado pela equipe de enfermagem é reconhecidamente diferenciado, promovendo melhora da saúde e satisfação dos pacientes^{10,11}.

A pandemia, evidencia a força de trabalho da enfermagem no mundo e as lacunas existentes relacionadas à profissão. Além disso, permite pensar nas prioridades de investimento necessário para melhorar o desempenho, a capacitação e habilidades desses profissionais, na educação, no emprego e nas lideranças de enfermagem, de forma a fortalecer a profissão em todo em âmbito mundial, melhorando a assistência¹⁰.

No Brasil, por meio de editais como o “Brasil conte comigo - profissionais”, até dia 29 de abril de 2020 foram cadastrados 394 mil profissionais de 14 áreas, com capacitação online sobre os protocolos clínicos do MS relacionados à COVID-19. Dentre eles, muitos enfermeiros se colocaram como voluntários para trabalhar na linha de frente de combate ao vírus, em diferentes locais do país.

No que tange à importância da equipe de enfermagem, algo notável no âmbito da saúde é a hierarquização do cuidado e as relações de poder. Nota-se que, por falta de conhecimento, a sociedade partilha de um pensamento onde o profissional médico exerce atividades mais importantes, promovendo a ideia de um “poder” sobre os enfermeiros¹². Todavia, em momentos de crises no sistema de saúde,

percebe-se que não existe essa hierarquia, uma vez que a equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental na assistência e atua em uma etapa diferente das atividades desenvolvidas pelo profissional médico.

Suporte e treinamento para enfermeiros na pandemia COVID-19

Segundo as notícias da OMS, o enfermeiro e sua equipe estão em contato direto com os pacientes que cuidam, ou seja, são profissionais com alta vulnerabilidade à COVID-19. Por isso, é necessário estabelecer protocolos específicos em todos os setores da saúde, de forma a reduzir os riscos de contágio durante o cuidado prestado.

Nesse sentido, uma experiência chinesa pioneira na experiência com a COVID-19, relata as estratégias relacionadas com o baixo índice de contágio em enfermeiros, como: treinamento para uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI), higiene das mãos, desinfecção de enfermarias, gerenciamento de resíduos médicos, esterilização de dispositivos de atendimento ao paciente e gerenciamento de exposição ocupacional¹³. Porém, no Brasil, nem mesmo os equipamentos básicos são ofertados aos profissionais. Entretanto, os enfermeiros e sua equipe (técnicos e auxiliares de enfermagem) continuam a cuidar de pacientes contaminados pelo vírus e se expondo à contaminação e à transmissão da doença¹⁴.

Ainda em relação ao Brasil, a falta de EPIs foi escancarada nas primeiras semanas após o anúncio do primeiro caso de COVID-19. Embora o governo brasileiro tenha buscado providenciá-los, até abril de 2020 o país ainda não havia sido abastecido uniformemente, conforme noticiado em vários meios de comunicação.

Iniciativas institucionais têm sido produzidas e divulgadas nas redes sociais, na forma de protocolos para o uso adequado de EPIs. Porém, o Brasil possui diferentes realidades sociais, econômicas, populacionais e políticas que dificultam o acesso a EPIs e seus protocolos. Esse fato é evidenciado diante de uma evolução da COVID-19 descontrolada, com profissionais de enfermagem exaustos, vivenciando estresse mental, medo, angústia, ansiedade e tristeza na perda de seus colegas de trabalho e dos pacientes que cuidam.

Sob esse contexto, faz-se necessário considerar a saúde mental desses profissionais. E durante a busca nos bancos de dados, foram visualizadas notícias que abordavam o tema e a maneira como o Estado tem contribuído para dar ao profissional maior conforto psicológico.

A OMS disponibilizou um guia para os profissionais de saúde que estão na linha de frente contra o vírus, com o intuito de preservar ao máximo a saúde mental dos mesmos¹⁰.

Mas ainda assim, não há o acompanhamento profissional adequado para estes enfermeiros e a equipe de enfermagem. Há de se destacar que, dentre a valorização dos profissionais em enfermagem, sua saúde mental pode resultar na qualidade de assistência prestada e precisa de atenção pelo Estado e estabelecimentos de saúde.

Investimento e criação de metodologias de atendimento mais eficazes no controle do coronavírus

Muitas estratégias surgiram diante das demandas da pandemia do coronavírus, especialmente no Brasil. Atendimentos virtuais como o TeleSUS, telessaúde e teleconsultas surgiram como iniciativas voluntárias de profissionais capacitados e pesquisadores de diferentes instituições e tem possibilitado um atendimento eficiente e sem filas e aglomerações, conforme as recomendações durante este período. Porém tratam-se de iniciativas pontuais e que não alcançam a população como um todo e nem de forma uniforme.

O governo brasileiro tem investido em repasses diretos de recursos financeiros para estruturação dos serviços de saúde, além de aquisição de EPIs usados por profissionais de saúde, de testes de diagnóstico, medicamentos, ventiladores pulmonares, contratação de profissionais de saúde e habilitação de leitos de UTI para tratar pacientes com a COVID-19. O investimento adequado no setor da saúde é fundamental em momentos de pandemia, como a que vivemos.

Um outro aspecto publicado no site do MS foi a possibilidade de o governo brasileiro bonificar os profissionais de saúde, incluindo a enfermagem, para incentivar e providenciar profissionais que atuem na linha de frente da pandemia. O que supriria as demandas de profissionais infectados que se encontram afastados devido a diversas condições de saúde, como o estresse mental, depressão, crises de ansiedade e, infelizmente, aqueles que morreram em consequência da COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pontos comuns nas categorias das notícias encontradas e que estão presentes no dia-a-dia do profissional de enfermagem são: a falta de reconhecimento profissional, de estrutura adequada de trabalho, de número de profissionais adequados, baixos salários, falta de EPIs e material de trabalho, refletindo diretamente no tipo e na qualidade do cuidado prestado. Assim, é importante reforçar a necessidade de se investir na valorização da profissão, na educação em serviço, rever as condições e qualidade do trabalho dos profissionais, os riscos ocupacionais e os salários, bem como investir na formação dos profissionais.

Fica evidente que as mídias exercem um papel fundamental na disseminação de notícias que evidenciam o protagonismo da enfermagem, em tempos de pandemia. Os principais temas encontrados durante a busca reforçam que a enfermagem atua na linha de frente nessas situações, e que precisa ser valorizada. Para além disso, notou-se que, nessas situações, os profissionais de enfermagem também precisam de cuidados. A saúde mental destes e de outros profissionais de saúde ganha destaque, pois influencia diretamente na qualidade da assistência prestada.

Contribuições dos Autores:

Pedro Henrique de Souza Domingues: 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
Andréa Mathes Faustino: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada
Keila Cristianne Trindade da Cruz: 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. Nolte K. Pandemic and Epidemic History as Nursing History? [Internet]. NTM. U.S. National Library of Medicine; 2020 [cited 2020 Jun 4]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32399902/>.
2. Marcovecchio E. Dicionario etimológico storico dei iermini medieci. Fircnze: Festina Lente; 1993.
3. Dauzat A, Dufaiois J, Mitterrand R. Nouveau dictionnaire étymologique et hisloriqite, 3.ed. Paris: Larousse; 1964.
4. Goulart AC. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2005 [cited 2020 Aug 06];12(1):101-142. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000100006>.
5. Santos LAC. Um século de Cólera: itinerário do medo. *Physis*. 1994 [cited 2020 Aug 06];4(1):79-110. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311994000100005>.
6. Freitas ARR, Napimoga M, Donalizio MR. Assessing the severity of COVID-19. *Epidemiol Serv Saude*. 2020 [cited 2020 Jun 04];29(2):e2020119. Available from: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200008>.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Atualizada em 2 de junho de 2020 [cited 2020 Jun 02]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
8. Mainardi C, Hasegawa S. A enfermagem numa epidemia de febre tifóide. *Rev. esc. enferm. USP*. 1967 [cited 2020 Aug 06];1(1):113-140. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234196700100100113>.
9. Cipriano PF. 100 years on: the Spanish Flu, pandemics and keeping nurses safe. *Int Nurs Rev*. 2018 [cited 2020 Jun 02];65(3):305-306. Available from: <http://doi.org/10.1111/inr.12483>.
10. World Health Organization (OMS). State of the world's nursing: investing em education, jobs and leadership. 2020 [cited 2020 Jun 02]. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274201/retrieve>.
11. Laurant M, Van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, Van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 [cited 2020 Jun 02];7: CD001271. Available from: <https://dx.doi.org/10.1002%2F14651858.CD001271.pub3>.
12. Villa EA, Aranha AVS, Silva LLT, Flôr CR. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun04];39(107):1044-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070365>.
13. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. 2020 [cited 2020 Jun 04];24(1):120. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>.
14. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S et al. Life in the pandemic: some reflections on nursing in the context of COVID-19. *J Clin Nurs*. 2020 [cited 2020 Jun 04];6. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.15257>