



Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



VOLUME 12 , NÚMERO 2

CONSELHEIROS EFETIVOS

PRESIDENTE:

Betânia Maria Pereira dos Santos (Coren-PB nº 42.725)

VICE-PRESIDENTE:

Antônio Marcos Freire Gomes (Coren-PA nº 56.302)

PRIMEIRA-SECRETÁRIA:

Silvia Maria Neri Piedade (Coren-RO nº 92.597)

SEGUNDO-SECRETÁRIO:

Oswaldo Albuquerque Sousa Filho (Coren-CE nº 56.145)

PRIMEIRO-TESOUREIRO:

Gilney Guerra de Medeiros (Coren-DF nº 143.136)

SEGUNDO-TESOUREIRO:

Wilton José Patrício (Coren-ES nº 68.864)

Helga Regina Bresciani (Coren-SC nº 29.525)

Daniel Menezes de Souza (Coren-RS nº 105.771)

Vencelau Jackson da Conceição Pantoja (Coren-AP nº 75.956)

CONSELHEIROS SUPLENTE

Claudio Luiz da Silveira (Coren-SP nº 25.368-IR)

Dannyelly Dayane Alves da Silva (Coren-AL nº 271.580)

Emília Maria Rodrigues Miranda Damasceno Reis (Coren-TO nº 122.726)

Josias Neves Ribeiro (Coren-RR nº 142.834)

Ivone Amazonas Marques Abolnik (Coren-AM nº 82.356)

Leocarlos Cartaxo Moreira (Coren-MT nº 12.054-IR)

Lisandra Caixeta de Aquino (Coren-MG nº 118.636)

Marcio Raleigue Abreu Lima Verde (Coren-AC nº 85.068)

Tatiana Maria Melo Guimarães (Coren-PI nº 110.720)



CORPO DIRETOR DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO 2021



Betânia Maria Pereira dos Santos

Diretora Presidente

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB (1988), especialista em Cuidados Intensivos pela UFPB (1991), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2001) e doutorado em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia-UFBA (2013). Possui licenciatura pela UFPB (1988). Portadora do título de Estudos Avançados em Proficiência em Pesquisa pela Universidade de Extremadura Badajoz-Espanha. Laborou como Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva do Pronto Socorro Municipal de João Pessoa, Enfermeira no município de Cabedelo (1999-2004), onde coordenou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS (1995-1996). Foi Professora da Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat (1997-2004). É docente de Enfermagem da ETS/Universidade Federal da Paraíba e Coordenadora do Curso Técnico de Enfermagem da UFPB, membro do Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Atuou como Conselheira Federal efetiva por duas gestões (2006-2008 e 2009-2011) e integrou a diretoria do Coren-PB por dois mandatos (2012-2014 e 2015-2017). Atualmente é presidente do 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). Especializações 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 Desenvolvimento 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 Lourenção

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.



Jose Luis Guedes dos Santos

Editor Associado

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



Neyson Pinheiro Freire

Editor de Comunicação e Publicação

Possui MBA em Gestão Pública pela Uniderp. Graduação em Tecnologia em Gestão Pública pela Universidade Anhuera. 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. Escreve, publica e pesquisa sobre boas práticas de comunicação, políticas públicas, gestão pública, governança, competências e mídias digitais.



Aurilene Josefa Cartaxo de Arruda Cavalcanti

Editora Associada

Enfermeira Graduada e Licenciada Plena pela UFPB (1988). Graduada em Direito. Pós-graduada em Administração Hospitalar e Sanitária, Cuidados Intensivos e Enfermagem Forense. Especialista em Gerenciamento em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela UFPB (1993). Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ/RJ, linha de pesquisa Direito, Saúde e Cidadania (2013). Título de Estudos Avançados com Proficiência em Pesquisa pela Universidade de Extremadura Badajoz-Espanha (2002). Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba do Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem Clínica desde 1993. Foi Gerente de Fiscalização e Presidente do COREN-PB (2001 a 2005). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Pessoa em Condições Críticas - GEPSPCC da UFPB. Possui experiência na assistência e gestão dos serviços de enfermagem e da saúde, onde assumiu vários cargos. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária. É autora e organizadora de livros, além de cartilhas para usuários dos serviços de saúde. Desenvolve pesquisa em presídios, investigando a saúde do preso.



Fernando Rocha Porto

Editor Associado

Enfermeiro e Historiador. Doutor em Enfermagem com pós-doutoramento pela USP. Docente Associado da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Materno-Infantil, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, história, imprensa escrita, imagem, cuidado e cultura.



Ana Lucia Queiroz Bezerra

Editora Associada

Enfermeira graduada pela Universidade Católica do Salvador. Pedagoga. Mestrado em Administração em Serviços de Enfermagem. Doutorado em Enfermagem e Pós-Doutorado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação, líder do Grupo de Estudos em Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem (GERHSEN). Membro da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) e da Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP). Pesquisadora nas áreas de administração em serviços de saúde e Enfermagem, formação de recursos humanos e segurança do paciente. Bolsista de Produtividade do CNPQ. Avaliadora de Cursos de Graduação em Enfermagem pelo INEP, MEC.

Tecnologia da Informação: Leonardo Mangueira

Bibliotecário: Filipe Araujo Soares

Estagiário: Gabriel Mayrink Silva Moura

EDITORIAL

208

VALORIZAÇÃO: COMPROMISSO DE AÇÃO

Betânia Maria Pereira dos Santos

ARTIGOS ORIGINAIS

209

LESÕES POR PRESSÃO RELACIONADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMEIROS

Daniela Soldera, Juliana Balbinot Reis Girondi, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Lúcia Nazareth Amante, Eluze Luz Ouriques Neta

216

REGISTROS DE ENFERMAGEM NAS CONSULTAS EM PUERICULTURA

Maria Isabelly de Melo Canêjo, Taynã Maria Lima Silva, Ana Paula Esmeraldo Lima

223

PERFIL CLÍNICO DA GESTAÇÃO TARDIA EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE FRONTEIRA

Chris Mayara Tibes-Cherman, Carla Regina Moreira Camargo, Lucinar Jupir Forner Flores, Reinaldo Antonio Silva Sobrinho, Rosane Meire Munhak da Silva, Adriana Zilly

230

TUTORIAIS COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PARA REGISTROS DE ENFERMAGEM

Flávia Aline Carneiro, Luísa Pimentel Silva, Graciele Fernanda da Costa Linch

237

YOGA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E RECURSO TERAPÊUTICO NO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

Camila Clara Viana de Aguiar, Valdecyr Herdy Alves, Audrey Vidal Pereira, Bianca Dargam Gomes Vieira, Diego Pereira Rodrigues, Giovanna Rosario Soanno Marchiori, Felipe de Castro Felício, Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco

244

DIREITOS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Caroline Nino Rosa, Ana Carla Petersen de Oliveira Santos, Clímene Laura de Camargo, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Cristina Nunes Vitor de Araújo, Denise Santana Silva dos Santos

250

CARGA DE TRABALHO E DIMENSIONAMENTO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL: USO DO *NURSING ACTIVITIES SCORE*

Marina Kühn de Rezende Soares, Gisele Hespanhol Dorigan, Elenice Valentim Carmona

256

ACIDENTES DE TRABALHO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA

Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Açucena Barbosa Nunes, Hylda Mara Cruz de Moraes, Maria Carolina da Silva Costa, Márcia Astrês Fernandes, Jessica Pereira Costa

262

REDE DE APOIO E SUSTENTAÇÃO DE PACIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA

Andriara Canêz Cardoso, Fernanda Demutti Pimpão Martins, Matheus Souza Silva, Paula Pereira de Figueiredo, Wagner Pinto de Pinto

270

RELAÇÃO DO LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE COM A INSUFICIÊNCIA RENAL EM PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS*

Jair Luiz dos Santos Júnior, Marta Regina Chaves Camilo, Isabel Cristina Ramos Vieira Santos, Marília Araújo Santana Rosas, Jullyane Rebeca Rodrigues da Silva, Lílian Katiússia Araújo de Medeiros, Jéssica Naylla de Melo Bezerra, Givaneide Oliveira de Andrade Luz

277

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DIABETES *MELLITUS* ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Emanuela Batista Ferreira e Pereira, Edjane Joselma da Silva, Janyne Melo Cordeiro Sobral, Évelyn Cristina Morais Pessôa Lima, Marília Perrelli Valença, Claudinalle Farias Queiroz de Souza

283

EXPECTATIVAS E SENTIMENTOS DE GESTANTES SOBRE O PUERPÉRIO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Elayne Arantes Elias, Jhessika de Paula Pinho, Sara Ribeiro de Oliveira

290

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO PROVOCAM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO EM RECÉM-NASCIDOS

Nayara Franklin Cesar, Amanda Santos Fernandes Coelho, Taynara Cassimiro de Moura Alves, Priscila Salomão da Silva, Marília Cordeiro de Sousa, Janaina Valadares Guimarães

297

VULNERABILIDADE SOCIAL E COBERTURA DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

João Pedro Angelici Virginio, Alessandro Igor da Silva Lopes, Jonas Lotufo Brant de Carvalho, Juliane Andrade, Maria da Glória Lima, Alisson Fernandes Bolina

305

PRÁTICAS DE ENFERMEIROS SOBRE IMUNIZAÇÃO: CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL

Camilla Cristina Lisboa do Nascimento, Diully Siqueira Monteiro, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, Alexandre Aguiar Pereira, Laura Maria Vidal Nogueira, Felipe Valino dos Santos

312

VIOLÊNCIA SEXUAL E ADESÃO AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

Maria Gabrielle Ribeiro, Fabiana Schuelter-Trevisol

319

NETNOGRAFIA E PESQUISA EM ENFERMAGEM EM AMBIENTE VIRTUAL: EXPERIÊNCIA COM ADOLESCENTES NO *FACEBOOK*

Joyce Mazza Nunes Aragão, Fabiane do Amaral Gubert, Neiva Francenely Cunha Vieira

326

OS SENTIDOS DE ADOECIDOS ACOMETIDOS POR CÂNCER DE LARINGE SUBMETIDOS A LARINGECTOMIA TOTAL

Érika de Cássia Lima Xavier, Marcia Maria Fontão Zago, Antonio Jorge Silva Correa Júnior, Thais Cristina Flexa Souza, Mary Elizabeth de Santana

333

OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Anilí Silva Maia, Erivan Miranda do Nascimento, Tatiane Panágio de Carvalho, Cleidimara Gonçalves de Sousa

339

REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO DIRECIONADO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS

Mila Cristian Ferreira, Geovana Brandão Santana Almeida

346

INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NOS DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

José Miguel Santos, Ana Paula Prata, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Margarida Reis Santos

354

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM HEMODIÁLISE: (RE) CONHECENDO A ROTINA DO ENFERMEIRO

Ingrid Verissimo Marinho, Davydson Gouveia Santos, Caroline Bittelbrunn, Andrezza Lira de Carvalho, Nidia Carolina Bandeira Vasconcelos, Milécyo de Lima Silva

360

ATENDIMENTO AO ADULTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA ESTUDANTES LEIGOS

Maria Adriana Oliveira de Sousa, Roziane Vieira Mota, Aline Costa Gomes, Rosângela Nascimento de Lima, Samira Gomes de Oliveira, Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas

365

O LÚDICO COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

Jocelle de Araújo Silva, Elisângela Braga de Azevedo, Josefa Cristina Gomes Barbosa, Maria Karoline Santos Lima, Anajás da Silva Cardoso Cantalice, Millena Cavalcanti Ramalho, Hevillyn Cecília Ventura Barbosa

372

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E CONHECIMENTO DO IDOSO SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Monique de Freitas Gonçalves Lima, Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, Anna Karla de Oliveira Tito Borba, Juliana Cordeiro Carvalho, Carlos Renato dos Santos

379

IDOSOS HOSPITALIZADOS COM TEMPO DE PERMANÊNCIA PROLONGADO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Jamyllé Lucas Diniz, Andréa Carvalho Araújo Moreira, Iane Ximenes Teixeira, Francisco Eduardo Silva de Oliveira, Vitória Lídia Pereira Sousa, Jaqueline Mendes Santana, Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo

ARTIGOS DE REVISÃO

386

USABILIDADE DE BOMBAS DE INFUSÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE NA TERAPIA INTENSIVA

Fernanda dos Anjos de Oliveira, Graciele Oroski Pais, Ana Paula Amorim Moreira, Poliana Moreira de Araújo

393

ASPECTOS ÉTICOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira, Monah Licia Santos de Almeida, Carolina Pedra Branca Valentim Silva, Darci de Oliveira Santa Rosa, Nildete Pereira Gomes, Larissa Chaves Pedreira

400

TEORIAS DE ENFERMAGEM UTILIZADAS NOS CUIDADOS A HIPERTENSOS

Francisco Marcelo Leandro Cavalcante, Ingrid Kelly Moraes Oliveira, Marcos Pires Campos, Francisco Willian Melo de Sousa, Tatiane de Sousa Paiva, Livia Moreira Barros

407

EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS NO ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Laianne Santos Barbosa de Souza, Lia Maristela da Silva Jacob, Eudes Euler de Souza Lucena, Raphael Raniere de Oliveira Costa

VALORIZAÇÃO: COMPROMISSO DE AÇÃO

Betânia Maria Pereira dos Santos¹ (<https://orcid.org/0000-0002-7916-1995>)

¹Presidente do COFEN

Como citar:

Santos BM. Valorização: compromisso de ação [editorial]. *Enferm Foco*. 2021;12(2):208.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.5071

A pandemia da Covid-19 demonstrou, de forma dolorosa e contundente, a importância da Enfermagem para o mundo e para todos os brasileiros. Seguimos atravessando momentos de grandes proezas e desafios, que têm posto à prova a extraordinária capacidade dos profissionais no enfrentamento da crise sanitária que vem assolando nosso país.

Os heróis da linha de frente continuam encarando sentimentos como medo, cansaço e angústia, para garantir o atendimento da população e evitar o colapso das unidades de saúde. Nesse cenário avassalador, não há como desvincular a qualidade da assistência e da valorização profissional. Não se faz saúde no Brasil, nem em nenhum lugar do mundo, sem recursos humanos.

O reconhecimento dos profissionais de Saúde é visível em campanhas, discursos e aplausos. Mas sabemos que a valorização dos mais de 2,4 milhões de enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem que atuam na maior crise sanitária dos últimos anos ainda não se traduziu na garantia de direitos reivindicados pela classe.

Há um descompasso notório nesse cenário. Na definição do dicionário, valorização é “aumento do valor ou do preço de algo, em virtude de ter recebido aperfeiçoamento ou melhoria, em virtude de suas qualidades intrínsecas ou raridade, ou em virtude de estar em alta o valor ou o preço de seus similares”. Neste sentido, o reconhecimento dos profissionais de Enfermagem pela população brasileira não se traduziu em valorização dos serviços prestados.

O lema que norteou nossa campanha - “Valorização: trabalho que avança” - norteará nossa gestão, a profissão e o sistema como um todo. Quero agradecer a todos os que nos confiaram o voto e reiterar meu compromisso com a busca conjunta pelo fortalecimento, aprimoramento e aperfeiçoamento contínuos de todos os nossos conselhos, para que possam entregar aos profissionais de Enfermagem e à sociedade a melhor prestação de serviços.

Iniciada a nova gestão, visamos garantir a continuidade das linhas de ação já exitosas, com os aperfeiçoamentos necessários, para alcançar as melhores e mais profícuas metas, relacionadas ao apoio efetivo aos profissionais em suas lutas diárias. Entre elas, a fiscalização rigorosa e a regulação da Enfermagem brasileira, pilares que sustentam e justificam a existência da Autarquia.

Buscamos ampliar a articulação nacional. Das dezoito vagas possíveis ao Plenário do Cofen, a chapa “Valorização: trabalho que

avança” contemplou dezoito estados, o que significa uma representatividade plural, democrática alinhada com todos os Conselhos Regionais, sem distinção.

Sabemos que a batalha pelo piso salarial é o único caminho para corrigir a incompatibilidade de remuneração com a responsabilidade e a formação do profissional observadas em todas as regiões do Brasil. Vamos focar as atenções no Projeto de Lei 2564/2020,⁽¹⁾ que estabelece o tão almejado Piso Salarial e incorpora a demanda histórica pela jornada de 30h. O pedido de celeridade na votação foi protocolado e está nas mãos do Presidente do Senado, Rodrigo Pacheco.

É também urgente o pagamento de insalubridade para profissionais de Enfermagem e da pensão para familiares dos mortos em serviço.⁽²⁾ Chega de inércia com bandeiras históricas da Saúde e da Enfermagem, que representam mais da metade dos recursos humanos em Saúde no Brasil.

O nome da chapa “Valorização: trabalho que avança” ecoa a voz de uma categoria esquecida pelos governantes e também por grande parcela da sociedade, mas também busca recuperar as ações desenvolvidas pelo Cofen frente à pandemia, em diversas frentes, com transparência, sem deixar de lado o contexto político-social como condicionante de avanços.

Quero, por fim, ressaltar a importância da Revista Enfermagem em Foco para dar visibilidade às nossas causas e bandeiras. Desde 2010, esta publicação bimestral, gratuita, com acesso aberto, faz jus ao que se propõe em sua Missão: “Contribuir para o fortalecimento da Enfermagem a partir da divulgação da produção do conhecimento, em consonância com os objetivos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem”.

A revista continua crescendo e nos últimos dois anos ganhou força com a ampliação do conselho editorial. Atualmente está previamente classificada no extrato B1 no Qualis Referência/CAPES e existe um empenho muito grande do Conselho Editorial e do Plenário do Cofen para que futuramente alcance uma melhor classificação.

Sinto-me honrada em servir às causas da categoria e reitero meu compromisso com a ação de valorizar a Enfermagem e lutar para que tenhamos condições de trabalho e salários compatíveis com o valor do cuidado humano.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei 2564/2020. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Brasília (DF): Senado Federal; 2020. [citado 2021 Mai 17]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141900>.
2. CNN Brasil. Auxiliares de enfermagem são os mais afetados pela Covid-19; veja ranking. São Paulo: CNN; 2020. [citado 2021 Mai 29]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/05/22/auxiliares-de-enfermagem-sao-os-mais-afetados-pela-covid-19-veja-ranking>

LESÕES POR PRESSÃO RELACIONADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMEIROS

PRESSURE INJURIES RELATED TO MEDICAL DEVICES IN THE CLINICAL PRACTICE OF NURSES

LESIONES POR PRESIÓN RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS MÉDICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMEIROS

Daniela Soldera¹

Juliana Balbinot Reis Girondi¹

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt²

Lúcia Nazareth Amante¹

Eluze Luz Ouriques Neta¹

(<https://orcid.org/0000-0002-6962-1556>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3763-4176>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7140-3427>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5440-2094>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5960-0252>)

Descritores

Enfermagem; Lesão por pressão;
Equipamentos ou provisões;
Cuidado; Idoso

Descriptors

Nursing; Pressure injury; Equipment
or supplies; Care; Elderly

Descriptores

Enfermería; Lesión por presión;
Equipo o suministros; Cuidado;
Ancianos

Recebido

8 de Abril de 2020

Aceito

12 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Daniela Soldera

E-mail: danielasoldera@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Investigar os conhecimentos e cuidados desenvolvidos por enfermeiros de uma instituição hospitalar em relação às lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos.

Métodos: Estudo de abordagem qualitativa exploratório-descritivo realizado em novembro de 2018, mediante aplicação de questionário semiestruturado com enfermeiros de unidades assistenciais de um hospital privado do Sul do Brasil. Os dados foram processados mediante análise temática de conteúdo.

Resultados: Participaram 18 enfermeiros que desenvolvem assistência em unidades de atendimento à idosos. Dentre estes, 61,2% compreende a terminologia lesão por pressão relacionada a dispositivo médico, mas metade dos entrevistados apresentam fragilidades em conhecimentos relacionados a prevenção deste tipo de lesão. Dentre os cuidados empregados destacam-se, inspeção diária da pele durante o exame físico uma vez ao dia com 12 respondentes, ou inspeção da pele durante quadros de intercorrências relacionados a dor/desconforto com dez respondentes. A maioria deles (13) sinalizou a implementação de cuidados de enfermagem indicados na prescrição de enfermagem, 11 enfermeiros destacaram a notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente e dez profissionais discutem ações de prevenção com a equipe multidisciplinar.

Conclusão: Observou-se fragilidades apresentadas pelos enfermeiros quanto a identificação e avaliação clínica desse tipo de lesão de pele, caracterizando a necessidade de instrumentalização dos profissionais.

ABSTRACT

Objective: To investigate the knowledge and care developed by nurses at a hospital in relation to pressure injuries related to medical devices.

Methods: A qualitative exploratory-descriptive study carried out in November 2018, using a semi-structured questionnaire with nurses from care units in a private hospital in southern Brazil. The data analysis was processed through thematic content analysis.

Results: Participated 18 nurses who develop assistance in elderly care units. Among these, 61.2% understand the terminology pressure injury related to medical device, but half of the interviewees have weaknesses in knowledge related to the prevention of this type of injury. The care employed stands out, daily inspection of the skin during the physical examination once a day with 12 respondents, or inspection of the skin during conditions of complications related to pain / discomfort with ten respondents. Most of them (13) signaled the implementation of nursing care indicated in the nursing prescription, 11 nurses highlighted the notification to the Patient Safety Center and ten professionals discuss prevention actions with the multidisciplinary team.

Conclusion: It was observed weaknesses presented by nurses regarding the identification and clinical evaluation of this type of skin lesion, characterizing the need for instrumentalization of professionals.

RESUMEN

Objetivo: Investigar el conocimiento y la atención desarrollada por las enfermeras en un hospital en relación con las lesiones por presión relacionadas con dispositivos médicos.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio descriptivo realizado en noviembre de 2018, utilizando un cuestionario semiestructurado con enfermeras de unidades de atención en un hospital privado en el sur de Brasil. El análisis de datos se procesó mediante análisis de contenido temático.

Resultados: Participaron 18 enfermeras que desarrollan asistencia en unidades de atención a personas mayores. Entre estos, el 61.2% entiende la terminología lesiones por presión relacionada con el dispositivo médico, pero la mitad de los entrevistados tienen debilidades en el conocimiento relacionado con la prevención de este tipo de lesiones. Se destaca la atención empleada, la inspección diaria de la piel durante el examen físico una vez al día con 12 encuestados, o la inspección de la piel durante las condiciones de complicaciones relacionadas con el dolor / incomodidad con diez encuestados. La mayoría de ellos (13) señalaron la implementación de la atención de enfermería indicada en la receta de enfermería, 11 enfermeras destacaron la notificación al Centro de Seguridad del Paciente y diez profesionales discutieron las acciones de prevención con el equipo multidisciplinario.

Conclusión: Se observaron debilidades presentadas por enfermeras con respecto a la identificación y evaluación clínica de este tipo de lesión cutánea, caracterizando la necesidad de instrumentalización de los profesionales.

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

²Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Como citar:

Soldera D, Girondi JB, Hammerschmidt KS, Ouriques Neta EL. Lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos na prática clínica de enfermeiros. *Enferm Foco*. 2021;12(2):209-22.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3427

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos houve um aumento na prevalência de Lesões por Pressão (LP) devido à maior expectativa de vida da população, em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos atrelados ao cuidado em saúde possibilitando a sobrevida de pacientes com doenças graves.⁽¹⁾

Conforme dados epidemiológicos a incidência de LP no Brasil é dimensionada entre 19,1% a 39,8%; já as taxas internacionais de prevalência indicam variações entre 3,5% a 41,0% e incidência entre 10,2 e 26,7%, sendo que as LP acontecem independentes dos ambientes de cuidados.⁽²⁾

Este tipo de lesão é definido como um dano na pele e/ou tecidos moles subjacentes, resultante de pressão intensa e/ou prolongada, em combinação com cisalhamento, sob proeminência óssea ou em decorrência do uso de dispositivos médicos ou artefatos os quais tenham contato com a pele.^(3,4)

A *World Union of Wound Healing Societies* (WUWHS) acrescenta, que apesar da pressão, cisalhamento, atrito e microclima serem os fatores mais importantes no desenvolvimento da LP, há inúmeros fatores intrínsecos, como, perfusão tecidual insuficiente, sensibilidade reduzida, imobilidade, edema, aumento da umidade cutânea devido transpiração e incontinência, idade avançada, uso de medicamentos e alimentação inadequada.⁽⁵⁾

Em 2016, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) destacou dois pontos importantes, a LP que pode estar relacionada a um dispositivo médico ou outro tipo de dispositivo. Doravante, as lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos (LPRDM) são consideradas LP não clássicas; em decorrência do uso de dispositivos projetados e aplicados para fins diagnósticos ou terapêuticos, pois não resultam em regiões de proeminências ósseas; podem ocorrer em qualquer tecido sob pressão da pele ou mucosas em contato com o dispositivo médico.⁽³⁾

Os dispositivos médicos geralmente são fabricados de materiais rígidos para manter a forma e permitir a funcionalidade, o que os tornam potencialmente causadores de lesões, uma vez que podem exercer pressão sobre os tecidos moles, especialmente se mal ajustado ou na presença de edema em torno do dispositivo, tornando o sítio de inserção ou local de apoio para um dispositivo médico o mais suscetível a dano tecidual.⁽⁶⁻⁸⁾

Dentre os dispositivos médicos utilizados com a finalidade terapêutica, foram identificados como potencialmente causadores de LPRDM as cânulas nasais, cânulas de traqueostomia, cateteres urinários, colares cervicais, fixadores de tubo traqueal, máscaras de ventilação não-invasiva, meias elásticas, oxímetros de pulso, talas e

aparelhos gessados, sondas gástrica e enteral e sondas endotraqueal.^(6,8,9)

Frente a esta problemática, o enfermeiro possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado seguro e holístico, tendo em vista que muitas LPRDM podem resultar em decorrência do desconhecimento da equipe cuidadora, especialmente em relação aos riscos que estes dispositivos podem provocar e os cuidados preventivos que podem e devem ser implantados.

Nessa perspectiva emergiu a seguinte pergunta de pesquisa para este estudo: quais os conhecimentos e cuidados desenvolvidos por enfermeiros assistenciais de uma instituição hospitalar em relação às LPRDM?

Para tal foi estabelecido enquanto objetivo da pesquisa: investigar os conhecimentos e cuidados desenvolvidos por enfermeiros de uma instituição hospitalar em relação às LPRDM.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo.

A investigação foi realizada junto aos enfermeiros assistenciais de um hospital privado do Sul do Brasil, com referência em alta complexidade cirúrgica e medicina intervencionista. Possui 119 leitos de internação, duas Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI) e uma pediátrica, centro de diagnóstico por imagem e pronto atendimento.

Participaram do estudo 18 enfermeiros lotados em unidades assistenciais que atendem idosos, onde estes permanecem maior tempo internados e com maior probabilidade de desenvolver LPRDM, assim atendendo aos critérios de elegibilidade.

Após a concordância dos participantes foi aplicado um questionário semiestruturado com a finalidade de levantar informações sobre ações e cuidados que desenvolvem relacionados ao tema central desse estudo. A coleta de dados deu-se no período de 08 a 13 de novembro de 2018.

Os dados foram submetidos a análise temática de conteúdo proposta por Minayo. Assim, após a transcrição das informações na íntegra realizaram-se a leitura do material e a exploração das informações, selecionando palavras-síntese de onde emergiram as categorias do estudo.⁽¹⁰⁾

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por meio do parecer substanciado CAAE nº 74769317.5.1001.0121.

Foram respeitados os critérios com relação à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução CNS 466/2012. Em respeito ao sigilo e anonimato dos

participantes, para descrição das falas utilizou-se enquanto codinome, o número que representa a ordem de transcrição das entrevistas, precedido da letra "E", extraída do termo "Entrevistado".

RESULTADOS

Participaram do estudo conforme dados de elegibilidade 18 enfermeiros assistenciais caracterizados da seguinte forma: 13 enfermeiros das clínicas médica e cirúrgica, quatro intensivistas e um do centro cirúrgico.

Quando questionados sobre os conhecimentos relacionados ao significado de LPRDM, (61,1%) dos enfermeiros tinham conhecimento ao que se referia, (33,3%) o compreendiam parcialmente e (5,6%) desconhecia do que se tratava tal termo. Apesar de ter conhecimento, a metade dos entrevistados possuíam dúvidas quanto aos cuidados de enfermagem preventivos que devem ser adotados e três deles não responderam aos questionamentos.

A análise dos dados permitiu a formação de duas categorias temáticas, quais sejam: Avaliação clínica e correlações com as LPRDM; Educação permanente como estratégia para o cuidado relacionado à LPRDM.

Avaliação clínica e correlações com as Lesões por Pressão relacionadas à Dispositivos Médicos

Nesta categoria são apresentadas as fragilidades acerca do conhecimento técnico-científico dos enfermeiros relacionados à avaliação clínica e cuidados pertinentes com este tipo de lesão, bem como ausência de ferramentas para avaliação e cuidados preventivos com a pele da pessoa em uso de dispositivo médico. Frente ao exposto os enfermeiros mencionaram:

A produção de protocolo com cuidados para evitar as lesões seria importante (E1).

Sugestão de elaboração de protocolo sobre esse tema (E8).

Percebo que ainda há bastante fragilidade quanto às orientações, cuidados e importância da prevenção e manejo destas lesões (E10).

Ainda que seja enfatizado nos cursos de enfermagem e técnicos é importante frisar como fazer uma boa avaliação da pele bem como mudança de decúbito e mudança do local do dispositivo (E13).

Sobre conduta adotada pelos enfermeiros nesse cenário de estudo quanto aos cuidados relacionados ao paciente que está utilizando algum dispositivo médico, houve destaque para a inspeção da pele durante o exame físico

uma vez ao dia (12 respondentes) ou inspeção da pele durante quadros de intercorrências (dor/desconfortos) (10 respondentes). Cinco participantes afirmam desenvolver cuidados relacionados à situação, mas não os especificaram. Outros cuidados de enfermagem desenvolvidos são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Condutas adotadas por enfermeiros em relação aos cuidados de LPRDM

Cuidados realizados	n(%)
Inspecciona a pele durante o exame físico uma vez ao dia	12(66,67)
Inspecciona a pele quando o paciente se queixa de dor e/ou desconforto	10(55,55)
Reposiciona o dispositivo quando há evidência de lesão	6(33,33)
Reposiciona o dispositivo uma vez ao dia	5(27,77)
Reposiciona o dispositivo quando solicitado por algum profissional de saúde	5(27,77)
Outros cuidados que realiza e não estão especificados	5(27,77)
Reposiciona o dispositivo duas vezes ao dia	4(22,22)
Não responderam	1(5,56)

Uma vez instalada a lesão, os enfermeiros foram questionados sobre as intervenções realizadas, onde 72,2% dos participantes sinalizaram para a implementação de cuidados de enfermagem indicados na prescrição de enfermagem, 61,1% dos enfermeiros destacaram a notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente e 55,5% dos profissionais discutem ações de prevenção com a equipe multidisciplinar.

O processo de educação permanente na atualização de conhecimentos sobre o cuidado de indivíduos com lesões por pressão relacionadas à dispositivos médicos

Essa categoria evidencia o olhar dos enfermeiros frente a importância da educação permanente para instrumentalizá-los através de um processo de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo com a finalidade de aprimorar o conhecimento destes diante dos desafios quanto ao cuidado relacionado às LPRDM.

Acredito que um treinamento para explicar o que significa seria importante, pois nem todos sabem o que é ou sabem da importância do cuidado (E1).

[...] Acho que deveria ter mais treinamentos sobre os materiais que devemos usar em determinadas lesões (E2).

Muito importante treinamento sobre o tema abordado, uma vez que as práticas de cuidados com as Lesões por Pressão são extremamente adotadas nas unidades (E7).

Apesar de ser cotidianamente discutido, este assunto é muito importante e deve ser investido tempo em treinamentos com a equipe, pois ainda é comum encontrarmos lesões devido à falta de cuidados com os dispositivos, mudanças de decúbitos, curativos, enfim [...] (E).

Consoante, um dos entrevistados ressaltou a importância do tema inclusive para área médica, enfatizando a prevenção e a importância da avaliação e atuação da equipe multidisciplinar para a efetividade desse cuidado.

O tema é de essencial importância aos cuidados da enfermagem e médica, pois após identificada uma lesão, é a porta de entrada para uma variedade de infecções [...]. O melhor remédio é a prevenção (E5).

É nítido e várias vezes ressaltado pelos entrevistados a necessidade de atualizações sobre as tecnologias de cuidado adequadas para prevenção e tratamento das LPRDM.

Treinamentos de Lesões por Pressão e coberturas (E6).

Há necessidade de treinamentos com produtos novos [...] (E9).

Os treinamentos e atualizações referente a este assunto são fundamentais para minimizar essas lesões que estão muito presentes. Novos equipamentos, novas coberturas são importantes para prevenção (E12).

Seria muito interessante uma reciclagem para os cuidados com o paciente. Com o tempo a enfermagem vai adquirindo vícios e esquecendo as formas que poderá proceder para o cuidado (E11).

DISCUSSÃO

No que concerne ao conhecimento dos enfermeiros acerca do significado de LPRDM, observa-se como muitos compreendem a definição, apesar de alguns participantes referirem conhecer parcialmente ou a desconhecem. Tal fato pode ter relação com as sucessivas atualizações que essa classificação passou ao longo dos anos, sendo a mais recente publicada em 2016,⁽⁴⁾ o que pode vir justificar a fragilidade de conhecimentos por parte desses profissionais, além da falta de atualização periódica.

Uma vez identificada a lesão, a primeira etapa para um cuidado de enfermagem seguro e qualificado é a avaliação do risco para seu desenvolvimento, em particular os pacientes idosos, pois este grupo dispõe de alterações específicas no tecido tegumentar. A partir dessa perspectiva é possível o planejamento de estratégias para prevenção das LPRDM, uma vez que os dispositivos médicos são potenciais causadores desse tipo de lesão.^(11,12)

Consensualmente as escalas preditivas de avaliação podem não identificar o risco de um paciente desenvolver LPRDM, uma vez que seu foco é a imobilidade do paciente

e não na imobilidade do dispositivo. Logo, a inspeção visual da pele aliado ao julgamento clínico do enfermeiro são fundamentais para implementar os cuidados preventivos.^(6,7,13)

Sendo assim, as LPRDM são complicações de enfermagem esperadas quando o paciente está em uso de algum dispositivo médico, especialmente se tratando de idosos; a prevenção dessas lesões não demandam equipamentos caros ou modernos, mas sim a instrumentalização dos enfermeiros através de treinamentos acerca da prevenção, para que os mesmos realizem como parte da rotina assistencial de cuidado.⁽¹⁴⁾

Dentre os cuidados preventivos, a inspeção diária da pele em torno ou sob o dispositivo médico realizada durante o exame físico permite observar alterações sutis na aparência da pele, sobretudo se tratando de idosos, pois as LPRDM tendem a progredir rapidamente, e ocorrem comumente em áreas sem tecido adiposo devido à pressão constante e o microclima alterado. Esse cuidado é essencial, uma vez observado os primeiros sinais, as ações para prevenção desse dano devem ser implementadas.^(6,11)

Vale ressaltar como um dos cuidados mencionados pelos enfermeiros, a inspeção da pele sob e em torno do dispositivo quando o paciente refere queixas de dor ou desconforto local. A dor é identificada como um preditor precoce de formação de LP. Os pacientes graves estão mais propensos a desenvolver LPRDM, devido a sua condição clínica, principalmente aqueles que encontram-se sedados ou confusos, pois o risco de desenvolver LP é aumentado pois não conseguem relatar dor ou desconforto associado ao dispositivo.⁽¹⁵⁾

Considerando as especificidades da pele do idoso, a importância do reposicionamento do dispositivo médico antes de evidenciar os sinais precoces de LPRDM, houve relatos dos enfermeiros que, reposicionam o dispositivo somente quando evidenciaram a lesão. Da mesma forma, o próprio dispositivo médico cria pressão, umidade e calor, alterando o microclima da pele, ocasionando a LP.⁽¹⁴⁾

A recomendação acerca dos dispositivos médicos, traz que estes devem ser girados e reposicionados regularmente para diminuir a pressão de um único ponto, considerando que quando o paciente é idoso e está edemaciado aumenta o potencial de quebra da pele.^(11,16)

Dentre as condutas adotadas para prevenção das LPRDM, alguns participantes apontam reposicionar o dispositivo uma vez ao dia. O dispositivo deve ser reposicionado sempre que possível, para redistribuir a pressão e diminuir forças de cisalhamento. E se tratando de prevenção, para o idoso é um período prolongado devido as fragilidades cutâneas.⁽¹¹⁾

Em relação ao reposicionamento do dispositivo duas vezes ao dia, observou-se que essa conduta é adotada por poucos profissionais. Vale pontuar, como sendo esse um cuidado importante especialmente quando for idoso, este deve ser realizado a cada turno de trabalho, assegurando o reposicionamento regular dos dispositivos, como cuidado preventivo para evitar as LPRDM.^(7,11)

Não obstante, os enfermeiros podem ser resistentes quanto ao reposicionamento de alguns dispositivos médicos, tendo como exemplo o tubo endotraqueal, pois consideram que o risco de deslocamento deste, pode resultar em consequências para o paciente, superando qualquer benefício alcançado com o reposicionamento.^(6,7)

No estudo realizado, a conduta adotada por alguns enfermeiros quando identificam uma LPRDM é a interação com a equipe multidisciplinar para implementar ações em conjunto para prevenção desse agravo. Destaca-se o quanto é necessário que as equipes de enfermagem juntamente com a equipe multiprofissional estejam qualificadas para identificar os fatores de risco que levam o surgimento das LP, e dessa forma realizar uma assistência apropriada com intervenções voltadas à prevenção e diminuição dos danos causados por esse agravo.⁽¹⁷⁾

No decorrer da investigação os participantes foram questionados se ao identificar LPRDM realizavam a notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme exposto é uma ação realizada pela maioria. Os eventos adversos notificados são indicadores da qualidade da assistência prestada ao paciente, sendo assim um aliado do enfermeiro no gerenciamento de risco. Logo, a notificação voluntária se integra no sistema para detecção de riscos e eventos adversos, sendo esta regulamentada pela portaria 529/13 do Ministério da Saúde como obrigatória.⁽¹⁸⁾

Quando oportunizados a descrever sobre as LPRDM, a maioria menciona a importância de treinamentos e capacitações sobre a temática. Diante dessa realidade, as instituições vêm investindo em educação permanente com criação de comissões de pele e feridas onde se fazem presentes na maioria dos hospitais do Brasil. Entretanto, observa-se a necessidade de uma atuação mais efetiva e fundamentada em princípios científicos, voltados para o diagnóstico, prevenção e tratamento das LPRDM. Para alcançar padrões elevados de qualidade na assistência de enfermagem, as ações educativas promovidas através da educação permanente, proporcionam o desenvolvimento de competências e aptidões profissionais para executar a assistência.⁽¹⁹⁾

No que diz respeito ao conhecimento de cuidados preventivos, os achados neste estudo evidenciam que os

mesmos possuem dúvidas devido a inexistência de protocolos para nortear o cuidado. Entende-se que o uso de protocolos assistenciais associados ao processo de enfermagem, nas etapas de diagnósticos e intervenções de enfermagem, são tecnologias que aprimoram e qualificam a assistência ao paciente.⁽¹³⁾

Frente ao exposto, percebe-se que os cuidados prestados pela enfermagem são essenciais para o paciente, especialmente para os idosos onde o risco de evoluir com lesão relacionada ao dispositivo médico é elevado. Esses cuidados são fundamentais, pois fazem parte para o desfecho de ocorrência ou não das LPRDM. Porém a ausência de protocolos os quais apresentam os cuidados seja preventivo ou terapêutico ocasionam dúvida quanto a conduta a ser executada.

Ainda no que diz respeito às medidas para prevenção das LPRDM, algumas ações e cuidados devem ser elencados como estratégias para manter a integridade da pele em área adjacente a inserção do dispositivo médico. Os enfermeiros carecem instrumentalizarem-se acerca desses cuidados, os quais vão além do aparato tecnológico de coberturas e produtos, avaliando primariamente os fatores e o grupo de risco, para posterior implementação dos cuidados preventivos.

Dentre as medidas preventivas alguns autores enfatizam o reposicionamento do dispositivo médico uma vez em cada turno como o principal cuidado para prevenção LPRDM, pois redistribuem a pressão e diminuem as forças de cisalhamento.^(11,14,20)

Considerando como estratégias para prevenção das LPRDM, manter a pele limpa em torno do dispositivo médico evita modificações no microclima o que torna o tecido vulnerável ao desenvolvimento de LP devido ao atrito e aumento do edema.^(11,21)

A utilização de tecnologias para prevenção de LPRDM é importante pois evita os danos causados pelo dispositivo; dentre as tecnologias compreendem os hidrocolóides finos, curativos de filmes ou produtos de barreira sob o dispositivo pois diminuem a umidade, a fricção e o cisalhamento do dispositivo sobre a pele.⁽⁷⁾

Considera-se como cuidados preventivos a remoção antecipada dos dispositivos médicos o mais breve possível, desde que seja medicamente viável e que não comprometa a terapêutica do paciente.^(5,11,15)

Atualmente, o mercado de tecnologias para tratamento de LP está em constante atualização e requer um planejamento dinâmico, participativo, interdisciplinar com objetivos definidos, voltados para prevenção e tratamento das LPRDM.

A fim de auxiliar a escolha das coberturas e produtos, os protocolos de tratamento de feridas são importantes, pois sistematizam essa prática, acompanhado da habilidade clínica do enfermeiro, são fundamentais para a indicação da tecnologia adequada de acordo com as características e evolução de cada lesão.⁽²²⁾

Cabe pontuar que o tratamento das LPRDM vai além da cobertura utilizada. Deve-se levar em consideração o histórico e a avaliação clínica de saúde do idoso como fator determinante na decisão para a escolha da tecnologia a ser utilizada, uma vez que esse tratamento deve estar pautado na visão holística ao avaliar esse idoso. Aspectos emocionais, sociais e clínicos são relevantes e devem fazer parte de todo processo.

Uma limitação do estudo deve-se pelo fato de investigar somente uma realidade, com um número reduzido de enfermeiros. Mas, apesar disso, por se tratar de uma instituição particular que dispõe de vários recursos tecnológicos para prevenção e tratamento das LPRDM infere-se que os enfermeiros possivelmente não estão sabendo lançar mão desses recursos no seu cotidiano de cuidado. Além disso, a fragilização da avaliação clínica, tanto na prevenção quanto no diagnóstico e tratamento desse tipo de lesão não isenta a possibilidade de ocorrência dessas lesões.

Ressalta-se a importância de continuar investigando novas tecnologias e produtos voltados para prevenção e tratamento de LPRDM, da mesma forma, a necessidade de construção e validação de instrumentos para avaliação, uma vez que, os existentes não se utilizam para avaliar o risco de paciente desenvolver ou não esse tipo de lesão.

É fundamental que os enfermeiros se apropriem desse conhecimento para sistematizar a assistência de enfermagem, através de ações de educação em saúde voltadas para promoção de cuidados seguros e de qualidade, garantindo habilidades para avaliação, diagnóstico e tratamento das LPRDM.

CONCLUSÃO

Os objetivos deste estudo foram atendidos uma vez que foram identificados os cuidados e dificuldades dos enfermeiros em relação à gestão do cuidado relacionado à

LPRDM. Apesar de compreender a conceituação desse tipo de lesão, os enfermeiros salientam a fragilidade do cuidado especialmente em relação à inexistência de protocolos assistenciais e ferramentas avaliativas como apoio para tomada de decisão clínica. Reforçando essa fragilidade, está a deficiência de capacitações específicas para atualização em relação à esta temática. Em relação à prevenção reforçam a inspeção diária da pele com reposicionamento do dispositivo médico, porém não especificam a temporalidade dessa ação. Sobre os cuidados intervencionistas destacam a notificação do agravo e atuação da equipe multiprofissional. No entanto, apresentam várias dificuldades quanto à utilização de tecnologias apropriadas para a efetivação desse cuidado. Recomenda-se a realização de novos estudos sobre LPRDM voltados para os eixos de diagnóstico, prevenção e tratamento, em todas as esferas de assistência de saúde, pois essa temática representa um vasto campo de investigação, ainda incipiente em pesquisas. Vale pontuar que devido ao envelhecimento da população há uma grande demanda de tecnologias voltadas para o cuidado, aumentando o tempo de sobrevida das pessoas portadoras de doenças crônicas, as quais provavelmente utilizarão cada vez mais dispositivos médicos para manutenção da vida.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Daniela Soldera, Juliana Balbinot Reis Girondi; Coleta, análise e interpretação dos dados: Daniela Soldera, Juliana Balbinot Reis Girondi; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Daniela Soldera, Juliana Balbinot Reis Girondi, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Lúcia Nazareth Amante, Eluze Luz Ouriques Neta; Aprovação da versão final a ser publicada: Daniela Soldera, Juliana Balbinot Reis Girondi, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Lúcia Nazareth Amante, Eluze Luz Ouriques Neta.

Agradecimentos

“O presente trabalho foi financiado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Edital 27/2016”.

REFERÊNCIAS

1. Baratieri T, Sangaleti CT, Trincaus MR. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre avaliação e tratamento de feridas. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2015;4(1):2-15.
2. Staque G, Sasaki VD, Teles AA, Santana ME, Rabeh SA, Sonobe HG. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. *Rev Rene*. 2017;18(2):272-82.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>
4. Moro JV, Caliri MH. Úlcera por pressão após alta hospitalar e cuidados em domicílio. *Esc Anna Nery*. 2016;20(3):e20160058.
5. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão. *Wounds International*. [Internet]. 2016. [cited 2019 fev 03]. Available from: <http://sobende.org.br/pdf/WUHS%202016/08.pdf>
6. Black J, Alves P, Brindle CT, Dealey C, Santamaria N, Call E, Clark M. Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. *Int Wound J*. 2015;12:322-7.
7. Dyer A. Ten top tips: Preventing device-related pressure ulcers. *Int Wound J*. 2015;6(1):9-13.
8. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DC, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel. *Enferm Cent O Min*. 2016;6(2):2292-306.
9. Kayser AS, VanGilder CA, Ayello EA, Lachenbruch C. Prevalence and Analysis of Medical Device-Related Pressure Injuries: Results from the International Pressure Ulcer Prevalence Survey. *Adv Skin Wound Care*. 2018;31(6):276-85.
10. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Moore ZE, Cowman S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;5(2):CD006471.
12. Alves PJ, Eberhardt T, Soares RS, Pinto M. Differential Diagnosis in Pressure Ulcers and Medical Devices. *Cesk Slov Neurol N*. 2017;80(1):29-35.
13. Pereira AG, Santos CT, Menegon DB, Mello BS, Azambuja F, Lucena AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3):454-61.
14. Zakari AY, Taema KM, Ismael MS, Elhabashy S. Impact of a suggested nursing protocol on the occurrence of medical device-related pressure ulcers in critically ill patients. *Cent Eur J Nurs Midw*. 2018;9(4):924-31.
15. Makic MB. Medical Device-Related Pressure Ulcers and Intensive Care Patients. *J Perianesth Nurs*. 2015;30(4):336-7.
16. Barakat-Johnson M, Barnett C, Wand T, White K. Medical device-related pressure injuries: An exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia. *J Tissue Viability*. 2017;26(4):246-53.
17. Oliveira VC, Rabelo CB, Vieira CP, Costa JP. Intervenções de enfermagem na prevenção de lesões por pressão: estudo descritivo-exploratório. *Rev Pre Infec Saúde*. 2017;3(3):21-9.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. [citado 2019 Mar 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
19. Franco JN, Barros BP, Vaidotas M, D'Innocenzo M. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):806-10.
20. Karadag A, Hanönü SC, Eyikara E. A Prospective, Descriptive Study to Assess Nursing Staff Perceptions of and Interventions to Prevent Medical Device-related Pressure Injury. *Ostomy Wound Manag*. 2017;63(10):34-41.
21. Kulik LA, Connor JA, Graham DA, Hickey PA. Pressure injury prevention for paediatric cardiac surgical patients using a nurse-driven standardized clinical assessment and management plan. *Cardiol Young*. 2018;28(9):1151-62.
22. Moreira RA, Queiroz TA, Araújo MF, Araújo TM, Caetano JA. Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva. *Rev Rene*. 2009;10(2):45-51.

REGISTROS DE ENFERMAGEM NAS CONSULTAS EM PUERICULTURA

NURSING RECORDS IN CHILD CARE CONSULTATIONS

REGISTROS DE ENFERMERÍA EN CONSULTAS DE CUIDADO INFANTIL

Maria Isabelly de Melo Canêjo¹ (<https://orcid.org/0000-0001-5943-0863>)

Tayná Maria Lima Silva² (<https://orcid.org/0000-0002-4478-5212>)

Ana Paula Esmeraldo Lima¹ (<https://orcid.org/0000-0002-8447-4072>)

Descritores

Registros de enfermagem;
Enfermagem no consultório;
Cuidado da criança; Cuidados de enfermagem; Saúde do lactente

Descriptors

Nursing records; Office nursing;
Child care; Nursing care; Infant health

Descriptores

Registros de enfermería; Enfermería de consulta; Cuidado del niño; Atención de enfermeira; Salud del lactante

Recebido

30 de Março de 2020

Aceito

24 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Ana Paula Esmeraldo Lima
E-mail: anapaulaesmeraldo@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os registros de enfermagem nas consultas em puericultura de crianças de 0 a 18 meses assistidas em Unidade de Saúde da Família.

Métodos: Estudo documental, realizado através de pesquisa em prontuários de uma Unidade de Saúde da Família, composta por quatro equipes de saúde da família, no município do Recife, Pernambuco. A amostra foi composta por 108 prontuários de lactentes de zero a 18 meses. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva.

Resultados: Em relação aos registros de enfermagem, pôde-se observar que em apenas 1,9% dos prontuários constavam todas as medidas antropométricas, e somente 6,5% apresentavam os marcos do desenvolvimento. Nos registros de alimentação, 58,7% dos prontuários registravam a duração do aleitamento materno exclusivo, e quando se fazia uso de leite industrializado, apenas 6,9% apresentavam sua diluição. Quanto à prescrição de suplementação de ferro, houve registro em 4,6% dos prontuários, dos quais nenhum descreveu o esquema de suplementação prescrito. Em relação à imunização, 99,1% apresentavam registro acerca da vacinação.

Conclusão: Observou-se uma lacuna nos registros das consultas de enfermagem em puericultura, com ausência de informações no prontuário essenciais para o acompanhamento sistemático da saúde da criança.

ABSTRACT

Objective: To analyze nursing records in childcare consultations for children aged 0 to 18 months assisted in a Family Health Unit.

Methods: Documentary study, carried out through research in medical records of a Family Health Unit, composed of four family health teams, in the city of Recife, Pernambuco. The sample consisted of 108 medical records of infants aged zero to 18 months. The data were analyzed through descriptive analysis.

Results: Regarding the nursing records, it was observed that only 1.9% of the medical records contained all anthropometric measurements, and only 6.5% had the developmental milestones. In the food records, 58.7% of the medical records recorded the duration of exclusive breastfeeding, and when industrialized milk was used, only 6.9% presented its dilution. Regarding the prescription of iron supplementation, 4.6% of the medical records were recorded, of which none described the prescribed supplementation scheme. Regarding immunization, 99.1% had a record about vaccination.

Conclusion: There was a gap in the records of nursing consultations in childcare, with the absence of information in the medical records essential for the systematic monitoring of child health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los registros de enfermería en consultas de cuidado infantil para niños de 0 a 18 meses atendidos en una Unidad de Salud Familiar.

Métodos: Estudio documental, realizado a través de la investigación en registros médicos de una Unidad de Salud Familiar, compuesta por cuatro equipos de salud familiar, en la ciudad de Recife, Pernambuco. La muestra consistió en 108 registros médicos de bebés de zero a 18 meses. Los datos se analizaron mediante análisis descriptivo.

Resultados: Con respecto a los registros de enfermería, se observó que solo el 1,9% de los registros médicos contenía todas las medidas antropométricas, y solo el 6,5% tenía hitos en el desarrollo. En los registros de alimentos, el 58,7% de los registros médicos registraron la duración de la lactancia materna exclusiva, y cuando se usó leche industrializada, solo el 6,9% presentó su dilución. Con respecto a la prescripción de suplementos de hierro, se registró el 4,6% de los registros médicos, de los cuales ninguno describió el esquema de suplementos prescrito. Con respecto a la inmunización, el 99,1% tenía un registro sobre vacunación.

Conclusión: Hubo una brecha en los registros de consultas de enfermería en el cuidado de niños, con la ausencia de información en los registros médicos esenciales para el monitoreo sistemático de la salud infantil.

¹Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

²Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

Como citar:

Canêjo MI, Silva TM, Lima AP. Registros de enfermagem nas consultas em puericultura. *Enferm Foco*. 2021;12(2):216-22.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3383

INTRODUÇÃO

A puericultura é uma estratégia importante para a assistência à saúde infantil na Estratégia de Saúde da Família, pois tem como objetivo o acompanhamento integral da criança, compreendendo um conjunto de medidas preventivas capazes de orientar a promoção da saúde e o bem-estar. Prioriza abordagens relativas ao padrão alimentar, ao estado nutricional, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis e ao calendário vacinal.^(1,2)

De acordo com o Ministério da Saúde, a puericultura deve ser realizada em consultas individuais por médico ou enfermeiro, com ou sem colaboração da equipe multiprofissional.⁽¹⁾ O enfermeiro desenvolve um papel fundamental, através da consulta de enfermagem na puericultura, já que esse profissional pode oferecer as ações prioritárias em sua plenitude e dessa forma promover a saúde integral da criança.

A consulta contempla o processo de enfermagem, numa sequência sistematizada constituída por histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados e avaliação. Nesse sentido, necessita de instrumentos que possibilitem o profissional enfermeiro acompanhar a evolução destes usuários, ao longo das consultas, para tomada de decisões referente a sua conduta.⁽³⁾

Na puericultura existem instrumentos específicos, como a Caderneta de Saúde da Criança, que permite o registro de informações essenciais relacionadas à saúde da criança. No entanto, a importância da utilização da Caderneta não deve suprimir a necessidade dos registros no prontuário do paciente, uma vez que no mesmo são realizados os registros, por parte dos profissionais de saúde, da situação de saúde do usuário, bem como a assistência prestada por cada um, durante todo o processo de atendimento.⁽⁴⁾

O prontuário, além de proporcionar a comunicação entre a equipe de saúde e a continuidade da assistência, também constitui um documento de respaldo ético e legal aos profissionais responsáveis pelo cuidado e às instituições. Portanto, seu registro deve ser realizado de maneira adequada, e pode contribuir, ainda, para o ensino, a pesquisa e a avaliação da qualidade da assistência prestada.^(5,6)

A despeito do valor do prontuário, estudos têm demonstrado que a qualidade dos registros de enfermagem não é adequada, o que compromete a assistência prestada ao usuário e desfavorece o desenvolvimento do processo de enfermagem.⁽⁷⁻⁹⁾ Tendo em vista a predominância dessas pesquisas no âmbito da atenção hospitalar, o presente estudo buscou analisar os registros de enfermagem nas consultas em puericultura de crianças de zero a 18 meses assistidas em Unidade de Saúde da Família (USF).

MÉTODOS

Trata-se de estudo documental, quantitativo, transversal.

A pesquisa foi realizada em uma USF do Distrito Sanitário IV (DS IV), localizada no município do Recife, Pernambuco, a qual é composta por quatro equipes de Saúde da Família.

A cidade do Recife tem uma população de cerca de 1,6 milhão de pessoas, distribuídas numa extensão territorial de 218,4 km², totalmente urbana. Seu território é dividido em seis Regiões Político-Administrativas e em oito Distritos Sanitários, que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. O DS IV agrega a maior concentração populacional da cidade. A comunidade assistida pela USF desse estudo apresenta uma diversificada distribuição de renda e qualidade de vida, fatores que interferem diretamente na saúde desta população e da comunidade em geral.⁽¹⁰⁾

A população do estudo foi composta pelos 230 prontuários de lactentes atendidos pela USF. O tamanho amostral foi calculado utilizando-se o programa *EpiTable* no software *Epi Info*TM 7, considerando-se o erro amostral de 5%, nível de significância de 95%, e a frequência do registro adequado de enfermagem de 15% (com base na análise preliminar dos 30 primeiros prontuários analisados), totalizando 108 prontuários. Foram incluídos na amostra os prontuários que apresentavam registro das consultas de puericultura realizadas pelo enfermeiro a crianças de zero a 18 meses, nos últimos três anos.

A pesquisa foi realizada no período de janeiro a abril de 2018. Para a realização da coleta, foi utilizado um instrumento elaborado pelas autoras com base nos preceitos do Ministério da Saúde quanto aos critérios primordiais a serem contemplados na consulta de puericultura¹ e na Resolução N°0514/2016, do Conselho Federal de Enfermagem, que trata das recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente¹¹. Assim, foram coletados dados referentes à alimentação, suplementação de sulfato ferroso, imunização, crescimento e desenvolvimento, além de dados do lactente (sexo, idade em cada consulta) e informações sobre o processo de enfermagem. Considerou-se como medidas antropométricas as que constam na Caderneta de Saúde da Criança: peso, comprimento, perímetro cefálico e IMC.

Os dados foram digitados com dupla entrada no EPI INFOTM e posteriormente exportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. A análise ocorreu por meio de estatística descritiva.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o Número do Parecer n. 2.885.570 / CAAE 94203118.1.0000.5208.

RESULTADOS

Dos 108 prontuários de lactentes analisados, 51,9% (n=56) eram do sexo feminino. Observou-se que a maioria das crianças iniciou as consultas de puericultura na USF no primeiro mês de vida (49,1%), seguido da faixa de um a dois meses (26%). Entretanto, vale salientar que 6,5% (n=7) dos prontuários não apresentavam o registro da idade no momento em que os lactentes iniciaram as consultas. Em relação à quantidade de consultas realizadas no primeiro ano de vida, 27,8% (n=30) realizou apenas uma consulta, seguido de 20,4% (n=22) e 14,8% (n=16) com três consultas e duas consultas, respectivamente. Apenas 9,2% (n=10) contemplaram sete consultas ou mais. Quanto à alimentação, observou-se que 71,3% (n=77) dos prontuários apresentavam a duração do aleitamento materno exclusivo (AME), dos quais apenas 5,2% (n=4) identificavam o AME até os seis meses de vida. Verificou-se que 54,6% (n=59) utilizou o leite artificial (LA) e, desses, 91,5% (n=54) não registrava sua diluição (Tabela 1).

Tabela 1. Registros de enfermagem segundo as variáveis relacionadas à alimentação infantil

Variáveis	Sim (n = 108) n(%)	Não (n = 108) n(%)
Duração do AME	77(71,3)	31(28,7)
AME aos 6 meses**	4(5,2)	73(94,8)
Oferta de LA	59(54,6)	49(45,4)
Diluição do LA*	5(8,5)	54(91,5)
Início da AC**	62(80,5)	15(19,5)
Orientações quanto à AC**	48(62,3)	29(37,7)

AME - Aleitamento Materno Exclusivo; LA - Leite Artificial; AC - Alimentação Complementar; *n = 59; **n = 77

Na ocasião do desmame precoce, o principal alimento registrado como substituto do leite materno foi a fórmula infantil, com 32,9% (n=25), seguido de leite em pó integral, com 28,4% (n=18). Quanto à alimentação complementar, 80,5% (n=62) dos prontuários indicavam seu início, dos quais 29% (n=18) ocorreu no sexto mês de vida. Quanto à orientação acerca da alimentação complementar, somente 62,3% (n=48) dos prontuários continham o registro.

No que corresponde à prescrição de suplementação de ferro, 95,4% (n=83) não registrava a suplementação dos lactentes indicados para iniciá-la, e dos 4,6% (n=4) que continham o registro, nenhum descreveu o esquema terapêutico do sulfato ferroso prescrito. A presença de anemia foi mencionada em apenas 1,9% (n=2) dos prontuários, e somente 2,8% (n=3) solicitava o exame de hemograma.

Os registros quanto à vacinação foram os mais completos dentre os itens avaliados: 98,1% (n=106) dos prontuários apresentavam registro acerca da orientação da imunização do lactente e 99,1% (n=107) evidenciaram o registro

do calendário vacinal. Em relação à adequação do calendário vacinal, 45% (n=49) tiveram vacinas atrasadas, sendo mais frequentes as dos esquemas de 4, 5 e 6 meses, com 14,3% (n=7), 12,2% (n=6) e 20,4% (n=10), respectivamente.

Em relação ao crescimento e desenvolvimento, 91,7% (n=99) não apontavam os marcos do desenvolvimento do lactente e 95,3% (n=103) não registravam acerca da estimulação oportuna no ambiente familiar. Do mesmo modo, observou-se que em 98,1% (n=106) dos prontuários não havia registro de todas as medidas antropométricas relacionadas ao crescimento do lactente. A medida mais registrada pelos enfermeiros foi o peso e o perímetro cefálico, com 88% (n=95) e 74% (n=80), respectivamente. Entretanto, 98,1% (n=106) não apresentavam o índice de massa corpórea (IMC) (Figura 1).

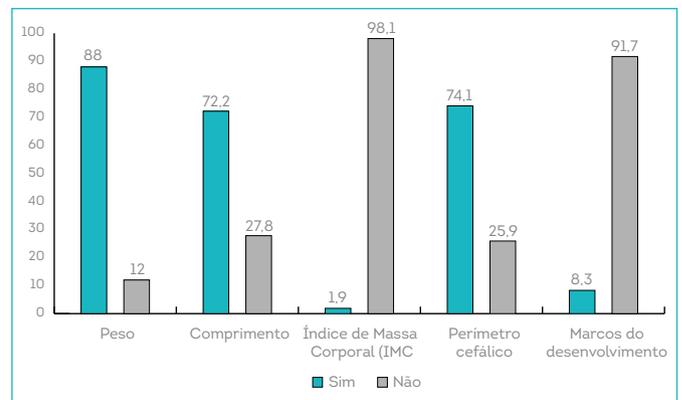


Figura 1. Registros de enfermagem quanto ao crescimento e desenvolvimento nas consultas de puericultura

No que se relaciona aos agendamentos da consulta subsequente, 85,2% (n=92) apresentavam agendamento da próxima consulta. Sobre o processo de enfermagem, em 88,9% (n=96) dos prontuários não há registro de diagnósticos de enfermagem, entretanto todos continham o plano de cuidados de enfermagem.

DISCUSSÃO

Atendendo à "Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil", proposta pelo Ministério da Saúde, a primeira consulta do recém-nascido deve acontecer na primeira semana de vida, período considerado primordial para o apoio ao AME, orientações gerais quanto aos cuidados com o neonato e estabelecimento ou reforço à rede de apoio à família¹. Entretanto, segundo os registros encontrados nos prontuários, mais da metade das crianças realizaram a primeira consulta somente após o primeiro mês de vida, o que compromete o AME e a assistência à criança em seu momento de maior

vulnerabilidade uma vez que o óbito no período neonatal é o principal componente da mortalidade infantil.⁽¹²⁾

Ainda, recomenda-se o mínimo de sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida, o que não foi observado no estudo, já que quase dois terços da amostra realizaram até três consultas apenas.⁽¹⁾ Tal resultado foi mais desfavorável do que o evidenciado em estudo realizado no Paraná, onde 54,2% das crianças acompanhadas em uma USF tiveram no mínimo sete consultas no primeiro ano de vida.⁽¹³⁾

A falta de assistência no primeiro mês de vida e o seguimento insatisfatório nos primeiros anos de vida é uma falha grave na atenção à saúde da criança, que fragiliza o vínculo da família com a unidade de saúde, além de favorecer a ocorrência de agravos e até morte na infância. Tais falhas podem ser justificadas pela ausência de quase metade dos agentes comunitários de saúde que deveriam compor as equipes na USF em estudo, profissional este que tem a característica de ser o elo entre a comunidade e a USF, o que implica em prejuízo na comunicação e dificuldade de busca ativa dos faltosos.

Foi possível observar a escassez do registro de enfermagem quanto à alimentação da criança. Nos registros que indicavam a duração do AME, a mesma apresentou-se muito aquém do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que considera situação "muito boa" quando 90% a 100% das crianças menores de seis meses encontram-se em AME.⁽¹⁴⁾ A ausência da consulta nas primeiras semanas de vida e o seguimento irregular e escasso podem ter contribuído para o elevado desmame precoce, já que as orientações fornecidas nas consultas de puericultura são fatores de proteção ao AME até os seis meses de vida.⁽¹⁵⁾

Ainda que seja recomendada a amamentação exclusiva nos seis primeiros meses, nas situações em que a oferta de outros leites é necessária, o enfermeiro tem o dever de orientar essa família sobre a melhor alternativa para os substitutos do leite humano. A orientação deve ser individualizada, atendendo às necessidades de cada criança, mediante sua idade e quantidade de leite materno que está recebendo.⁽¹⁴⁾

Verificou-se, contudo, que a maioria dos prontuários não apresentava o registro da orientação da reconstituição do leite integral, bem como orientações insuficientes quanto à alimentação complementar, contribuindo para possíveis riscos à saúde da criança, dentre os quais podem ser citados a obesidade, a desnutrição, o retardo do crescimento pondero-estatural, o déficit de micronutrientes e a anemia.⁽¹⁷⁾

A anemia por deficiência de ferro é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido às altas prevalências, sobretudo nas crianças menores de dois anos, e às repercussões deletérias a curto e longo

prazo, como predisposição a cáries dentárias, alterações na imunidade, déficit cognitivo e comportamental, acarretando menor rendimento escolar e perpetuação da pobreza, com sérias implicações para o desenvolvimento de um país.^(18,19)

Com vistas a interferir nos altos índices de anemia ferropriva na população, desde 2005 o Brasil instituiu o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que consiste principalmente na suplementação profilática de ferro para todas as crianças de seis a 24 meses.⁽¹⁸⁾ No entanto, parece haver uma indiferença dos profissionais de saúde para a gravidade do problema, o que pôde ser observado nesse estudo, onde quase nenhum prontuário registrava a suplementação do ferro ou a solicitação de hemograma, exame recomendado para ser realizado de rotina aos 12 meses, já que a avaliação clínica não é eficaz para a detecção de casos precocemente.

Dados semelhantes foram obtidos em pesquisa realizada no Acre, com crianças de 11 a 14 meses atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Apesar de ser verificada a presença de anemia e deficiência de ferro em 23% e 76% das crianças, respectivamente, apenas 13,5% fizeram uso de suplementação de ferro alguma vez na vida.⁽²⁰⁾

O baixíssimo número de crianças com anemia identificadas no presente estudo revela uma subregistro dos casos, o que, juntamente com a falta de suplementação profilática e de detecção precoce, poderá acarretar consequências graves e de longa duração. Estudos de coorte têm apontado que quanto mais precoce, intensa e prolongada a depleção de ferro, maiores os riscos de comportamento inadequado, de violência e de dificuldades sociais, mesmo muitos anos após o tratamento. Tais evidências indicam a importância de se prevenir a anemia ferropriva, o que levou a Sociedade Brasileira de Pediatria, em seu último Consenso, a recomendar a suplementação de ferro para os recém-nascidos a termo e de peso adequado desde os três meses de vida, já que são necessários no mínimo 90 dias para a repleção das reservas de ferro, quando há plena adesão do paciente e do profissional de saúde.⁽¹⁹⁾

Por conseguinte, é fundamental o engajamento do enfermeiro na suplementação profilática de ferro, bem como no aconselhamento e incentivo ao AME até os seis meses e continuado por dois anos ou mais, além de orientar corretamente a introdução da alimentação complementar, com ênfase nos alimentos ricos em ferro, com vistas a contribuir para a redução do risco de anemia.

Ao contrário do PNSF, o Programa Nacional de Imunização parece ser bem estabelecido e reconhecido pelos profissionais e população, o que foi evidenciado pelo registro satisfatório da vacinação da criança. É garantido que toda criança

deve receber as vacinas gratuitamente e cabe ao profissional de saúde o encaminhamento à sala de vacina durante as consultas, ou em qualquer oportunidade, sendo de responsabilidade da equipe de enfermagem a administração e o registro das doses necessárias. O acompanhamento do calendário vacinal deve ser feito através da Caderneta de Saúde da Criança, assim como através dos registros nos prontuários.⁽¹⁾

A promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral é um dos eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, e deve ser realizada pela equipe da Atenção Básica conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança.⁽²¹⁾ Quanto à avaliação do crescimento infantil, verificou-se nesse estudo que quase nenhum prontuário apresentava o registro de todas as medidas antropométricas. O peso, medida de mais fácil obtenção e de grande importância para o acompanhamento do crescimento da criança, foi a mais registrada, enquanto o IMC foi a medida mais negligenciada.

Dados semelhantes foram obtidos em pesquisa que avaliou as Cadernetas de Saúde da Criança de um município de Minas Gerais, onde os dados do IMC foram os menos registrados.⁽²²⁾ Em dois estudos realizados no sul do país verificaram-se taxas satisfatórias de registro das medidas antropométricas nos prontuários de crianças atendidas em UBS por enfermeiros, no entanto, nenhum deles avaliou o registro do IMC, a despeito da situação crescente de obesidade infantil.^(13,23)

A inclusão do IMC como parâmetro de avaliação do crescimento infantil permite que a criança seja mais bem avaliada na sua relação peso vs. comprimento/altura. Caracteriza-se como um bom marcador de adiposidade e sobrepeso, além do fato de que seu valor na infância pode ser preditivo do IMC da vida adulta. O Ministério da Saúde recomenda a plotagem de peso e estatura/comprimento nas curvas de IMC por idade e gênero desde o nascimento.⁽¹⁾

Mais preocupante são os registros quanto à avaliação do desenvolvimento infantil, onde identificou-se que poucos prontuários apresentavam o registro dos marcos do desenvolvimento, bem como as orientações acerca da estimulação oportuna, também considerados primordiais para a evolução saudável das crianças. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, onde somente 1 a 2% dos prontuários ou Cadernetas apresentavam um preenchimento completo dos marcos do desenvolvimento.^(22,23)

Um acompanhamento adequado do desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e emocional permite a identificação precoce de atrasos ou alterações, possibilitando uma atenção adequada e reduzindo maiores danos ou repercussões futuras. É fundamental o registro pelo enfermeiro da UBS da evolução da criança segundo os marcos, visando à

adequada informação e ao empoderamento da família sobre a criança, bem como para comunicação com os outros profissionais nos diversos serviços e níveis de atenção.⁽²¹⁾

Ao avaliar a existência do processo de enfermagem, constatou-se que a maioria dos prontuários não continha registros dos diagnósticos de enfermagem, revelando uma falha séria na assistência, uma vez que os diagnósticos representam o pensamento crítico do enfermeiro diante dos problemas identificados.

O processo de enfermagem é uma ferramenta intelectual do trabalho do enfermeiro, que norteia o pensamento clínico e a tomada de decisão. Sua realização não é uma opção, mas uma determinação legal estabelecida pela Resolução Cofen 358/2009, devendo ser aplicado em todos os serviços onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, públicos ou privados, em qualquer nível de atenção.⁽²⁴⁾

No entanto, essa não é uma prática ainda uniforme na enfermagem brasileira, e alguns estudos têm indicado que essa fragilidade é mais palpável na Atenção Básica.^(7,24) Em um estudo realizado em uma UBS do Sudeste, verificou-se que as principais dificuldades apontadas pelos enfermeiros para a implementação do processo de enfermagem eram relacionadas à falta de capacitação institucional e deficiência na formação profissional²⁴. A precariedade dos registros de enfermagem, por sua vez, pode ser influenciada pela sobrecarga de trabalho, déficit de educação permanente e falta de motivação relacionada a baixas condições de trabalho, baixa remuneração e comunicação ineficaz com equipe e comunidade.⁽⁹⁾

O estudo apresentou como limitação a investigação de uma única USF, que foi minimizada por tal Unidade apresentar quatro equipes de saúde da família. Em todo o caso, os registros de enfermagem encontrados nessa pesquisa podem representar aproximações da realidade de outros enfermeiros da Atenção Básica, fazendo-se necessária a realização de outros estudos, com maior abrangência.

Esse estudo alerta para a importância dos registros de enfermagem e possibilita a reflexão da necessidade de registros fidedignos, com conseqüente melhoria na qualidade do cuidado de enfermagem prestado e na visibilidade da profissão.

CONCLUSÃO

Esse estudo demonstrou a ausência e/ou incompletude dos registros das consultas de enfermagem na puericultura, abrangendo sobretudo os dados relacionados à alimentação, suplementação de ferro, crescimento e desenvolvimento e processo de enfermagem. Os registros desses dados, por sua vez, é um dever e responsabilidade ética e legal do enfermeiro, capaz de proporcionar maior qualidade

e segurança na assistência prestada, uma vez que certificam que o cuidado foi ministrado. Desta forma, é indispensável a sensibilização dos profissionais com o intuito de melhorar a qualidade dos registros e dos cuidados prestados à criança. Ainda, recomenda-se que as instituições implementem mecanismos que aprimorem a assistência e o registro no prontuário, como a elaboração de protocolos e implantação do prontuário eletrônico.

Contribuições

As autoras Maria Isabelly de Melo Canêjo e Tayná Maria Lima Silva contribuíram na concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados e na redação do manuscrito. A autora Ana Paula Esmeraldo Lima contribuiu na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na revisão crítica do manuscrito e na aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado 2020 Mar 24]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
2. Brito GV, Albuquerque IM, Ribeiro MA, Ponte EC, Moreira RM, Linhares MD. Consulta de Puericultura na Estratégia Saúde da Família: Percepção de Enfermeiros. *Rev APS*. 2018;21(1):48-55.
3. Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica: norteando a gestão e a assistência [Internet]. São Paulo (SP): Conselho Regional de Enfermagem; 2017 [citado 2020 Mar 24]. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/guia_de_boas_praticas_de_enfermagem_na_atencao_basica_norteando_gestao_a_assistencia_corrigido.pdf
4. Garritano CR, Junqueira FH, Lorosa EF, Fujimoto MS, Martins WH. Avaliação do Prontuário Médico de um Hospital Universitário. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(1):e009.
5. Rodrigues PM, Paraboni P, Arpini DM, Brandolt CR, Lima JV, Cezar PK. O registro em prontuário coletivo no trabalho do psicólogo na Estratégia Saúde da Família. *Estud Psicol*. 2017;22(2):195-201.
6. Santana CJ, Oliveira ML, Marcon SS. Análise documental de prontuário de paciente: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Par Enferm*. 2019;2(1):75-84.
7. Silva TG, Santos RM, Crispim LD, Almeida LM. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm Foco*. 2016;7(1):24-7.
8. Silva VA, Mota RS, Oliveira LS, Jesus ND, Carvalho CM, Magalhães LG. Auditoria da qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enferm Foco*. 2019;10(3):28-33.
9. Ferreira LD, Chiavone FB, Bezerril MD, Alves KY, Salvador PT, Santos VE. Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180542.
10. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. Plano Municipal de Saúde. Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral - Governo do Município de Recife [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 24]. Disponível em: http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf
11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem [Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem, 2016. [citado 2020 Mar 24]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es.pdf>
12. World Health Organization (WHO). Report 2019: estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Genève: WHO; 2019 [cited 2020 Mar 24]. Available from: <https://www.unicef.org/media/60561/file/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf>
13. Stalin RR, André NJ, Gozi TM. Perfil das consultas de puericultura realizadas somente por enfermeiros. *Rev Terra Cult*. 2019;35(Esp):93-106.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. [citado 2019 Out 18]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
15. Bauer DF, Ferrari RA, Cardelli AA, Higarashi IH. Orientação profissional e aleitamento materno exclusivo: um estudo de coorte. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e56532.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [citado 2019 Out 18]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. [citado 2020 Mar 18]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. [citado 2020 Mar 23]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf
19. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Consenso Sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica. SBP; 2018 [citado 2020 Mar 23]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019fDiretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf
20. Oliveira CS, Augusto RA, Muniz PT, Silva SA, Cardoso MA. Anemia e deficiência de micronutrientes em lactentes atendidos em unidades básicas de saúde em rio Branco, Acre, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(2):517-29.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [citado 2020 Mar 23]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>

22. Almeida AP, Ceballos LC, Barbosa AR, Nogueira DA, Moreira DS. O registro do crescimento e desenvolvimento da criança na caderneta de saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e16895.

23. Baratieri T, Soares LG, Botti ML, Campanini AC. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(1):206-16.

24. Ribeiro GC, Padoveze MC. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03375.

PERFIL CLÍNICO DA GESTAÇÃO TARDIA EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE FRONTEIRA

CLINICAL PROFILE OF LATE PREGNANCY IN A BRAZILIAN BORDER CITY

PERFIL CLÍNICO DEL EMBARAZO TARDÍO EM UM MUNICIPIO FRONTERIZO BRASILEÑO

Chris Mayara Tibes-Cherman¹

Carla Regina Moreira Camargo²

Lucinar Jupir Forner Flores²

Reinaldo Antonio Silva Sobrinho²

Rosane Meire Munhak da Silva²

Adriana Zilly²

(<https://orcid.org/0000-0002-6653-4609>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2998-0404>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4010-7596>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0421-4447>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3355-0132>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8714-8205>)

Descritores

Educação em saúde; Idade materna; Promoção da saúde

Descriptors

Health education; Maternal age; Health promotion

Descriptores

Educación en salud; Edad materna; Promoción de la salud

Recebido

28 de Abril de 2020

Aceito

27 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

Conflitos de interesse: artigo extraído da dissertação de mestrado "PERFIL CLÍNICO DE GESTANTE EM IDADE AVANÇADA: ENFOQUE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE" (2017), do programa de pós-graduação em Ensino da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Autor correspondente

Adriana Zilly
E-mail: aazilly@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico da gestante com idade igual ou superior a 35 anos em um município de triplíce fronteira. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, do tipo retrospectiva e descritiva. Os dados são de prontuários de mulheres com idade igual ou maior que 35 anos que passaram por parto no período de 2012 a 2016. Para análise dos dados foi realizado o teste Qui-quadrado.

Resultados: No período ocorreram 2.605 partos de gestações tardias, a maioria era brasileira e multipara e o parto cirúrgico o mais realizado. Quanto ao pré-natal, a maioria realizou. As intercorrências gestacionais mais encontradas foram a hipertensão arterial, diabetes mellitus e a pré-eclâmpsia. O parto cirúrgico teve maior incidência para prematuridade, baixo peso e como desfecho neonatal, a unidade de terapia neonatal.

Conclusão: O perfil clínico das gestantes estudadas corrobora com outros resultados nacionais. Diante dos resultados evidenciados, destaca-se a importância dos profissionais de saúde conheçam os fatores de risco que as gestantes tardias estão expostas, para atuarem na prevenção de tais agravos.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical profile of pregnant women 35 years of age or older in a triple-border city.

Methods: Quantitative research, retrospective and descriptive. Data are from medical records of women aged 35 years or older who underwent labor from 2012 to 2016. For data analysis, the Chi-square test was performed.

Results: There were 2,605 late pregnancies during the period, most were Brazilian and multiparous and the most performed surgical delivery. Most pregnant women had prenatal care. The most common gestational complications were hypertension, diabetes mellitus and preeclampsia. Surgical delivery had a higher incidence for prematurity, low weight and as a neonatal outcome, the neonatal therapy unit.

Conclusion: The clinical profile of the pregnant women studied corroborates with other national results. Given the evidenced results, it is highlighted the importance of health professionals to know the risk factors to which late pregnant women are exposed to effectively act in the prevention of such diseases.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico del gerente de 35 años o más en el municipio de frontera múltiple.

Métodos: Investigación cuantitativa, retrospectiva y descriptiva. Los datos están listos para mujeres de 35 años o más y que alcanzan el período de 2012 a 2016. Para el análisis de los datos realizados o la prueba de Chi-cuadrado.

Resultados: En el período en que ocurrieron 2,605 partes de contribuciones tardías, la mayoría fueron brasileñas y multiparas y el procedimiento quirúrgico o más realizado. En cuanto a la atención prenatal, la mayoría se realiza. Como las complicaciones gestacionales más comunes fueron hipertensión, diabetes mellitus y preeclampsia. El parto quirúrgico tuvo una mayor incidencia de prematuridad, bajo peso y, como resultado neonatal, una unidad de terapia neonatal.

Conclusión: El perfil clínico de las embarazadas estudiadas se confirma con otros resultados nacionales. En vista de los resultados evidenciados, que muestran la importancia de los profesionales de la salud, los factores de riesgo que se retrasan están expuestos para actuar en la prevención de tales lesiones.

¹Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz de Iguazu, PR, Brasil.

Como citar:

Tibes-Cherman CM, Camargo CR, Flores LJ, Sobrinho RA, Silva RM, Zilly A. Perfil clínico da gestação tardia em um município brasileiro de fronteira. 2021;12(2):223-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3571

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a gravidez tardia tem se configurado como um fenômeno mundial e, embora os índices de nascimento estejam decrescendo, a média da idade materna tem aumentado constantemente.⁽¹⁻³⁾

O Ministério da Saúde (MS) destaca que a gravidez tardia ou em idade avançada é compreendida como aquela que ocorre em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.⁽⁴⁾

O aumento no número de gestações tardias nos últimos tempos é devido ao crescimento das oportunidades na educação da mulher, maior inserção no mercado de trabalho, o desenvolvimento da medicina reprodutiva, o grande número e efetividade dos métodos contraceptivos e avanços na atenção à saúde.^(3,5)

A gravidez tardia predispõe a maiores riscos obstétricos, decorrente tanto da própria senilidade ovariana, quanto do aumento da associação com doenças crônicas pré-existentes. Com o aumento da idade há uma maior ocorrência de doenças que aumentam o risco de complicações gestacional, tais como: obesidade gestacional, diabetes mellitus, hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, entre outros.^(3,6,7)

Assim, a assistência pré-natal para a gestante com idade avançada deve ser pautada na organização de uma rede de referência ao atendimento da gestante, minimizando as complicações maternas e melhorando os resultados perinatais.^(8,9) Uma das estratégias para alcançar melhoria da qualidade de vida dessa população, é a educação e promoção da saúde que proporcionam a identificação precoce dos fatores de risco, contribui para um melhor desempenho e resolutividade uma vez que atua na prevenção de agravos e o desenvolvimento da responsabilidade da paciente sobre seu estado de saúde, a equipe de enfermagem desempenha papel fundamental nesse tipo de estratégia.⁽⁹⁻¹¹⁾

Nesse escopo, este estudo teve por objetivo identificar e descrever o perfil clínico da gestante com idade igual ou superior a 35 anos em município brasileiro de fronteira.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo retrospectiva e descritiva, realizada por meio de busca de prontuários de gestantes atendidas em uma instituição hospitalar de referência para gestações de alto risco em município brasileiro de fronteira.

O município estudado possui uma instituição hospitalar para atender à gestante de alto risco na 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto no sistema privado, trata-se de um município de fronteira com outros dois países.

A população foi composta por todas as mulheres com idade igual ou maior que 35 anos que passaram pelo processo de parto, com realização ou não de pré-natal, na referida instituição hospitalar no período de 2012 a 2016.

Foram excluídas as mulheres submetidas a procedimentos obstétricos como curetagem uterina, cerclagem ou laparotomia por gestação ectópica e faixa etária menor que 35 anos de idade.

A busca de dados ocorreu em 2017, por dois enfermeiros especialistas em obstetria. Para a análise dos dados, elaborou-se um banco de dados em planilha eletrônica para procedimentos de análise descritiva. O instrumento foi estruturado, contendo as variáveis descritas a seguir:

- Dados obstétricos: número de gestações (incluindo a atual), tipo de parto atual e anteriores, se houve aborto(s) anterior(es), número de consultas da gestação atual, comorbidades atuais ou anteriores;
- Dados de admissão da gestante: dilatação da cérvix (DC), dinâmica uterina (DU) (presente ou não), batimentos cardíacos fetais (positivo ou negativo), condições da bolsa amniótica (íntegra ou rota), tipo de convênio no hospital (público ou privado);
- Dados do parto: tipo parto (vaginal ou cirúrgico), se houve episiotomia, apresentação do feto, anestesia, intercorrências;
- Dados do recém-nascido: gênero, peso, idade gestacional, intercorrências, destino do recém-nascido após nascimento.

Em relação à nacionalidade, as parturientes foram agrupadas em brasileiras, brasiguaias, paraguaias, argentinas e estrangeiras. Brasiguaios são imigrantes brasileiros, que se estabeleceram no território da República do Paraguai, em áreas que fazem fronteira com o Brasil.⁽¹³⁾

O peso do recém-nascido foi classificado pelo peso ao nascer como: baixo peso (inferior a 2.500g); peso insuficiente (peso entre 2.500 a 2.990g); peso adequado (peso entre 3.000 a 3.999g); excesso de peso ou macrossomia (4.000g ou mais).⁽¹⁴⁾

Para análise da incidência de gestantes em relação às variáveis nacionalidade e convênio, foi utilizado o teste Qui Quadrado para Bondade de Ajuste (Aderência). Na avaliação dos perfis de dados obstétricos e propriamente do parto das gestantes, aplicou-se para cada variável o teste Qui Quadrado para k proporções. Para a frequência de partos entre primigestas e múltiparas foi realizado o teste de Qui Quadrado para Independência, seguido do teste de Resíduos Ajustados. A frequência de intercorrências no tocante ao número de filhos das mulheres foi avaliada por meio do teste de Qui Quadrado para K proporções. A

avaliação dos problemas associados ao longo do período pré-natal foi realizada por meio da aplicação do teste de Qui Quadrado para Bondade de Ajuste. As características dos recém-nascidos foram relacionadas com o tipo de parto por meio do teste de Qui Quadrado para Independência, seguido do teste de Resíduos Ajustado.

Na intenção de determinar a possível significância, foi adotado um nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$). Todas as análises foram realizadas no programa licenciado XLStat Versão 2017.⁽¹²⁾

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 2.009.310 (CAAE 39317914.6.0000.0107).

RESULTADOS

No período de 2012 a 2016, no hospital estudado, ocorreram 21.154 partos, sendo 2.606 (12,3%) em gestantes tardias. Foi possível verificar que no decorrer dos anos analisados, o número de partos em gestantes com idade igual ou superior a 35 anos apresentou um aumento. Nos anos de 2015 e 2016, a taxa total de partos diminuiu, ao mesmo tempo que em gestantes tardias aumentou, como mostra a figura 1.

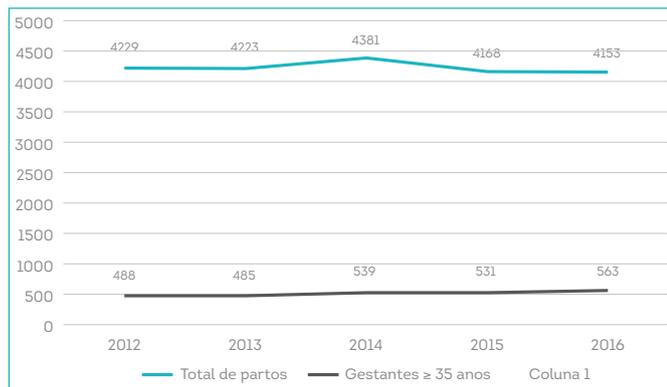


Figura 1. Distribuição de partos totais e de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos em uma instituição hospitalar de referência

Verificou-se que 2.399 (92,1%) das gestantes eram brasileiras, 83 (3,2%) paraguaias, 54 (2,1%) apresentaram dupla cidadania (as chamadas brasiguaias), 31 (1,2%) argentinas, 36 (1,4%) de outra nacionalidade e três não declararam sua etnia.

Quanto ao convênio de internação hospitalar dessas gestantes, (70,9%) ocorreu pelo sistema público. A incidência de gestantes se distribuiu de formas distintas em relação às variáveis nacionalidade e convênio ($p < 0,0001$).

Em relação às variáveis vinculadas aos dados obstétricos, observou-se com 5% de significância estatística que em todas as variáveis analisadas as categorias são estatisticamente distintas ($p < 0,0001$).

Quanto ao número de gestações, 1.667 (64,0%) das parturientes estavam na 3ª gestação ou mais, 635 (24,34%) na 2ª gestação e apenas 304 (11,7%) na 1ª gestação.

Em relação à realização do parto cirúrgico, essa variável foi discretizada em três categorias: nenhum, 1º parto, 2º parto ou mais. Verificou-se que 1.540 (59,01%) das parturientes não tiveram nenhum parto, 683 (26,2%) estavam na 1ª cesárea e 383 (14,7%) estavam na 2ª cesárea ou mais. Foi possível constatar ainda que 1.802 (69,2%) das parturientes não tiveram aborto anterior.

No que tange à realização do pré-natal, 2.509 (98,2%) das gestantes estudadas o fizeram. Quanto ao número de consultas do pré-natal, a maior frequência foi observada das parturientes que foram a sete consultas ou mais (1.704; 65,4%) e a menor frequência (211; 8,1%) daquelas que compareceram de zero a três consultas durante a gestação.

No que se referem às intercorrências clínicas durante o período gestacional, 2.215 (85,0%) das gestantes não apresentaram intercorrências.

No tocante aos problemas associados/intercorrências no período pré-natal, foi possível observar 302 casos, totalizando 12% do total das gestantes tardias. Dentre as gestantes, verificou-se maior frequência de Hipertensão arterial (32,1%), crônica ou gestacional, seguida de 16,6% com Diabetes gestacional e Pré-eclâmpsia 14,2% ($\chi^2=1098$; $p < 0,0001$), dentre outras (Tabela 1). Vale ressaltar que algumas mulheres apresentaram mais de uma intercorrência associada.

Tabela 1. Frequências de problemas associados/intercorrências nas gestantes durante o período pré-natal

Intercorrências	n(%)	p-value*
Hipertensão arterial	97(32,1)	
Diabetes gestacional	50(16,6)	
Pré-eclâmpsia	43(14,2)	
Gemelar	30(9,9)	
Amniorrexe prematura	17(5,6)	
Descolamento prematuro da placenta	16(5,3)	
Macrossomia	16(5,3)	
Oligodramnio	13(4,3)	
Restrição do crescimento intra-útero	9(3,0)	
Descolamento da placenta	6(2,0)	
Hepatite	6(2,0)	
Virus da imunodeficiência humana	6(2,0)	<0,0001
Sangramento	5(1,7)	
Má formação	5(1,7)	
Trombofilia	4(1,3)	
Óbito fetal	3(1,0)	
Placenta Prévia	3(1,0)	
Polidramnio	3(1,0)	
<i>Streptococcus</i>	2(0,7)	
Doença hipertensiva gestacional	2(0,7)	
Mioma uterino	2(0,7)	
Placenta prévia marginal	2(0,7)	
Outras causas**	12(4,0)	

*Teste Qui Quadrado; **Classificadas como "outras causas" aquelas que obtiveram apenas um caso cada: bariátrica, cirurgia da coluna, infecção do trato urinário, hematoma placentário, plaquetopenia, miomectomia, obesidade, síndrome de Hellp, dengue, vírus do papiloma humano, lúpus e insuficiência placentária

Ao avaliar a frequência de tipos de partos entre mulheres primigestas e múltiparas, verificaram-se diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=27,67$; $p<0,0001$), com significativa maior frequência de parto vaginal entre as múltiparas e mais cirúrgico entre as primigestas (Tabela 2).

Tabela 2. Frequências de partos em mulheres primigestas e múltiparas

	Primigesta n(%)	Múltiparas n(%)	p-value*
Vaginal	77(25)	943(41)	<0,0001
Cirúrgico	227(75)	1357(59)	
Não especificado	0(0)	2(0,1)	

*Teste de Qui Quadrado para Independência

No total foram avaliadas 304 primigestas e 2.302 mulheres múltiparas. Destas, 22% das primigestas apresentaram intercorrências no período gestacional, seguidas de 12% das múltiparas com tais problemas. Houve diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos de mulheres em relação à frequência de intercorrências ($\chi^2=21,59$; $p<0,0001$) (Tabela 3). As intercorrências mais frequentes se deram entre as primigestas.

Tabela 3. Frequências das intercorrências em primigestas e múltiparas

Categorias	Intercorrências	n(%)	p-value*
Primigesta	Sim	67(22)	<0,0001
	Não	194(64)	
	NA	43(14)	
Múltiparas	Sim	279(12)	
	Não	1647(72)	
	NA	376(16)	

*Teste de Qui Quadrado para k proporções. NA - não especificado

No que se referem aos dados dos recém-nascidos, e empreendendo a associação com o tipo de parto, observou-se que as variáveis Apgar no primeiro minuto, Apgar no quinto minuto e intercorrências não apresentaram diferenças significativas entre as mulheres que realizaram parto cirúrgico ou vaginal ($p>0,05$). Por outro lado, as variáveis, peso, idade gestacional e destino, do recém-nascido apontaram diferenças entre os dois grupos de mulheres ($p<0,05$).

Observou-se que mulheres que realizaram parto cirúrgico apresentaram maior frequência de recém-nascidos com baixo peso (12,2%), prematuros (16,7%), assim como, maior frequência de destino à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (7,1%). Entre as mulheres que tiveram parto vaginal, houve maior frequência de recém-nascidos com peso superior a 2.500g (90,7%), sendo a maioria a termo (85,2%). A maior parte teve destino para o alojamento conjunto (92,8%) e o óbito (2,2%) (Tabela 4).

Tabela 4. Frequências das características dos recém-nascidos em relação ao tipo de parto (Vaginal ou Cirúrgico)

Variáveis	Categorias	Vaginal n(%)	Cirúrgico n(%)	NA	p-value*
Peso	≤2.500g	90(8,8)	193(12,2)	0	0,005
	>2.500g	925(90,7)	1356(85,6)	0	
	NA	5(0,5)	35(2,2)	2	
Idade gestacional	Prematuro	109(10,7)	264(16,7)	1	<0,0001
	Termo	869(85,2)	1249(78,9)	0	
	Pós-termo	4(0,4)	4(0,3)	0	
Apgar primeiro minuto	NA	38(3,7)	67(4,2)	1	0,581
	<7	63(6,2)	106(6,7)	0	
	≥7	947(92,8)	1455(91,9)	1	
Apgar quinto minuto	NA	9(0,9)	23(1,5)	1	0,202
	<7	24(2,4)	26(1,6)	0	
	≥7	986(96,7)	1536(97,0)	1	
Intercorrências	NA	9(0,9)	22(1,4)	1	0,719
	Sim	34(3,3)	57(3,6)	0	
	Não	984(96,5)	1524(96,2)	1	
Destino	NA	2(0,2)	3(0,2)	1	<0,0001
	Alojamento conjunto	946(92,8)	1428(90,2)	0	
	UCIN	5(0,5)	19(1,2)	0	
	UTIN	43(4,2)	112(7,1)	0	
	Óbito	22(2,2)	15(1,0)	0	
	NA	4(0,4)	10(0,63)	2	

*Teste de Qui Quadrado para Independência. NA - não especificado; UCIN - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais; UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a gestação em idade tardia se encontra em ascendência na região estudada, corroborando com estudos nacionais e internacionais.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ Quanto à nacionalidade, a maioria das gestantes internadas no hospital estudado eram brasileiras, mas por ser uma cidade de fronteira com outros países, também houve a presença significativa de gestantes estrangeiras. Deste modo, é preciso repensar sobre a construção de novas políticas de assistência à saúde em contexto transfronteiriço, considerando que essas regiões sofrem influência da mobilidade populacional, que acaba fragilizando o sistema assistencial à saúde materno-infantil.^(13,19)

Em um estudo realizado em São Paulo, os autores reforçam a importância de políticas públicas para o atendimento da saúde da gestante estrangeira, proporcionando assistência mais adequada, tendo a valorização das particularidades culturais.⁽²⁰⁾ Cabe ainda destacar as particularidades existentes em serviços de saúde que atendem pacientes estrangeiros, no que se refere a problemas de comunicação, percepção de atitude negativa por parte da equipe de saúde por não falarem a língua local e a demora nos atendimentos.⁽²¹⁾

Além disso, entre os desafios para o atendimento à gestante estrangeira na região em estudo, encontra-se o grupo formado por brasiguaias, as quais buscam assistência brasileira apenas no momento do parto, fragilizando todo o seguimento

pré-natal e atenção ao nascimento. E na tentativa de resolver tal situação, em 2007, foi criado o Centro Materno-Infantil, com recursos do Sis-Fronteiras, que buscou oferecer livre acesso ao pré-natal para as gestantes brasiguaias.⁽¹³⁾

Ademais, como iniciativa para melhoria do acesso e da qualidade nas ações prestadas à população, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), em 2012, implantou a Rede Mãe Paranaense (RMP), que teve como fundamento o marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa ação baseia-se no fortalecimento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da captação precoce da gestante, seu acompanhamento pré-natal por pelo menos sete consultas, e seguimento da criança até um ano de vida.⁽²²⁾

Neste estudo, apurou-se que 98% das parturientes estudadas fizeram o pré-natal e 65,4% com sete ou mais consultas. Destaca-se a necessidade de acompanhar adequadamente a gestante em idade avançada para prevenir no pré, peri e pós-parto.

A pré-eclâmpsia (PE) e os agravos hipertensivos configuram uma estatística alarmante e ocupam o primeiro lugar como causa de morte materna no Brasil. Embora a idade do grupo estudado tenha variado entre 14 e 50 anos, o risco para o surgimento da pré-eclâmpsia ocorreu em 24,8% da faixa de idade entre 32 a 38 anos, sendo essa faixa etária um risco aumentado, conforme o MS.⁽²³⁾

Em consonância com a RMP, as doenças hipertensivas e as hemorragias são as causas mais frequentes de complicações gestacionais, representando 32,2% das mortes registradas em gestantes.²² Isso remete à necessidade de educação permanente dos profissionais no atendimento às emergências obstétricas e na utilização adequada dos protocolos clínicos disponíveis.

Os dados descritos acima corroboram com os achados desta pesquisa, visto que dentre as complicações obstétricas identificadas a HAS foi mais frequente, representando 32,1% de todos os casos. Enquanto a pré-eclâmpsia ocupou a terceira complicação mais frequente representando 14,2% dos casos de complicações obstétricas.

Ainda, nesta pesquisa, dentre as principais complicações entre as gestantes estudadas, encontra-se a diabetes gestacional (16,6% dos casos). Em estudo que teve por objetivo avaliar as alterações epidemiológicas do perfil clínico e prognóstico obstétrico em pacientes portadoras de diabetes mellitus pré-gestacional na Região Central de Portugal, verificou-se que em um universo de 44.593 partos, a incidência de diabetes prévia foi de 4,4%.⁽²⁴⁾ No presente estudo, a existência de diabetes prévia à gestação e de obesas foi praticamente nula, mas provavelmente a estatística desse dado pode ter uma fragilidade, visto que, por se tratar de um

banco de dados secundário, as anotações podem não ter sido fiéis, mas corrobora com a tendência de outros estudos.

Em estudo realizado em 2017, percebeu-se que a maioria das gestantes infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) descobriram sobre a doença durante o período gestacional.⁽²⁵⁾ Nesse período, o aconselhamento e o teste anti-HIV são essenciais e integram os cuidados no pré-natal. No entanto, muitos profissionais ainda não estão preparados para realizar o aconselhamento, sendo necessária a implementação de estratégias de educação permanente que possam sensibilizar, mobilizar e capacitar profissionais envolvidos com essa assistência. As gestantes com HIV precisam sentir-se acolhidas nos serviços de saúde e ter conhecimento para tomada de decisões com responsabilidades, visando a sua qualidade de vida e à segurança do recém-nascido. No presente estudo, obteve-se uma taxa de 2% de casos de HIV entre as gestantes estudadas.

Na cidade cenário desta pesquisa, realizou-se um estudo anterior no ano de 2008 a 2012 e encontrou que a faixa etária de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos teve uma porcentagem de 51,7% de casos notificados de HIV. As peculiaridades do município em questão pode ser um fator a contribuir para a expansão da AIDS nessa população.⁽²⁶⁾

No campo assistencial, deve-se pensar na valorização da abordagem às gestantes mais velhas com a sensibilização dos profissionais para a importância das questões que envolvem essas gestantes e também a criação de grupos específicos juntamente com a equipe multiprofissional.⁽³⁾ O fortalecimento das iniciativas governamentais, com vistas às necessidades das mulheres que engravidam em idade avançada, visa fomentar a construção de políticas públicas que englobem um cuidado especializado a essas mulheres.

Vale ressaltar que os partos cirúrgicos são bastante frequentes na faixa etária avançada. Segundo o Ministério da Saúde, a cesariana eletiva tem indicação na existência de mais de duas cicatrizes anteriores, em situações de emergência e sofrimento fetal.⁽⁴⁾

Neste estudo, pode-se observar diferenças estatísticas significativas, com maior frequência de parto vaginal entre as multíparas e mais cirúrgico entre as primigestas. Ainda assim pode-se observar uma alta porcentagem de partos cirúrgicos no total de partos avaliados. Em um estudo retrospectivo que analisou dados registrados no SINASC sobre as taxas de cesariana, especificamente entre as mulheres com mais de 35 anos, observou-se que o risco de cesariana foi 1,68 vezes mais alto em relação aos partos em mulheres entre 20 a 34 anos. Vários motivos podem interferir e explicar essa maior incidência em gestações tardias, tais como doenças associadas, indicações obstétricas

e complicações fetais. A deterioração da função biometria com o passar dos anos é outro fator que pode interferir em alguns transtornos do trabalho de parto.⁽²⁷⁾

Há estudos que apontam a falta de apoio dos profissionais de saúde no momento da realização das consultas pré-natais, no que se refere à orientação e esclarecimento das vias de parto. Nesse momento, os profissionais de saúde representam um papel importante como educador, oferecendo apoio e segurança às gestantes, fazendo que a mulher conheça seus direitos e decida de forma segura a via de parto.⁽²⁸⁻³⁰⁾

Diante desses dados, pode-se dizer que as altas taxas de cesarianas encontradas no presente estudo já eram esperadas, uma vez que a pesquisa foi realizada com gestantes acima de 35 anos. As gestações tardias apresentam maiores taxas de partos prematuros e de cesariana, pois as próprias complicações a que estão expostas pode requerer a interrupção prematura da gestação, provocando aumento na incidência de partos operatórios.

Nesse contexto, ao conhecer a situação clínica das gestantes, pode-se apontar ações e estratégias de educação em saúde para promover a promoção da saúde e fortalecer o vínculo dessas mulheres com a equipe de saúde, com um acolhimento mais humanizado. Além disso, possibilitar a realização de rodas de conversa na sala de espera, promovendo a troca de experiências entre elas, levando-as a falar sobre suas dúvidas, angústias, medos e a escutar outros relatos, gerando reflexões, questionamentos, novos aprendizados e empoderamento das gestantes tardias.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar o perfil clínico das gestantes com idade igual ou superior a 35 anos que passaram pelo parto em uma instituição hospitalar. O perfil clínico das gestantes estudadas, corrobora com outros resultados nacionais. Diante dos resultados evidenciados, é importante destacar que os profissionais de saúde devem conhecer os fatores de risco aos quais as gestantes tardias estão expostas, não só para saber conduzi-las de modo a diminuir esses riscos, como também saber orientar sobre os riscos e

benefícios em uma abordagem pré-concepcional. Defende-se a necessidade de se investir na qualificação de profissionais para prestar um atendimento mais humanizado durante o pré-natal, com um olhar voltado para gestantes estrangeiras, para que se sintam acolhidas e comprometidas durante esse processo. O acesso e o acompanhamento adequado à saúde podem minimizar complicações obstétricas e promover melhora na qualidade de vida. Para isso, devem-se incluir ações de educação em saúde que podem ser feitas por meio de rodas de conversa, folhetos informativos, acolhimento individual, desde que sua metodologia e práticas sejam constantemente revistas. Neste cenário, destaca-se o papel do profissional enfermeiro desde sua atuação na Rede de Atenção Básica, até os serviços de alta complexidade, colaborando com seus conhecimentos nas mais diversas áreas, como ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Contribuições

Chris Mayara Tibes-Cherman: 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. Carla Regina Moreira Camargo: 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. Lucinar Jupir Forner Flores :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. Reinaldo Antonio Silva Sobrinho: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. Rosane Meire Munhak da Silva: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Adriana Zilly: 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. Cooke A, Mills TA, Lavender T. Informed and uninformed decision making - Women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: meta-synthesis. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(10):1317-29.
2. Ojule JD, Ibe VC, Fiebai PO. Pregnancy outcome in elderly primigravidae. *Ann Afr Med.* 2011;10(3):204-8.
3. Aldrighi JD, Wal ML, Souza SR, Cancela FZ. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):509-18.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

- [citado 2020 Abr 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
5. Welbi E, Chalmers A, Holly Y. Delayed motherhood: understanding the experiences of women older than age 33 who are having abortions but plan to become mothers later. *Can Fam Physician*. 2012;58(10):588-95.
 6. Dakov T, Dimitrova V. Pregnancy and delivery in women above the age of 35. *Akush Ginekol*. 2014;53(1):13-20.
 7. Alves NC, Feitosa KM, Mendes ME, Caminha MF. Complications in pregnancy in women aged 35 or older. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e2017-0042.
 8. Canhaço EE, Bergamo AM, Lippi UG, Lopes RG. Resultados perinatais em gestantes acima de 40 anos comparados aos das demais gestações. *Einstein*. 2015;13(1):58-64.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. As cartas de promoção da saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. [citado 2020 Abr 26]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
 10. Maciel VS, Dornfeld D. A inserção da enfermeira obstétrica na assistência hospitalar ao parto. *Enferm Foco*. 2019;10(4):148-52.
 11. Kessler M, Thumé E, Duro SM, Tomasi E, Siqueira FC, Silveira DS, et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol. Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017389.
 12. Addinsoft. Software XLSTAT Versão Anual 2017.19.02. Licença ID 43894 (Node-lock).
 13. Mello F, Victora CG, Gonçalves H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do centro materno infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. *Ciênc Saude Colet*. 2015;20(7):2135-45.
 14. World Health Organization (WHO). Statement on Caesarean Section Rates. Geneve: WHO; 2015 [cited 2020 Apr 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/?sequence=3>
 15. Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertil Steril*. 2015;103(5):1136-43.
 16. Teixeira EC, Gurgel HM, Monteiro DL, Barmpas DB, Trajano AJ, Rodrigues NC. Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil - análise da frequência entre 2006 e 2012. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2015;14(1):6-11.
 17. Waldenström U. Postponing parenthood to advanced age. *Ups J Med Sci*. 2016;121(4):235-43.
 18. Pinheiro RL, Areia AL, Pinto AM, Donato H. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy. A Meta-Analysis. *Acta Med Port*. 2019;32(3):219-26.
 19. Aikes S, Rizzotto ML. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00182117.
 20. Castro CM, Oliveira RC, Custódio MC. Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo. *Civitas*. 2015;15(2):e59-74.
 21. Waldman TC. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Rev Direito Sanit*. 2011;12(1):90-114.
 22. Secretaria de Estado da Saúde. Linha Guia Rede Mãe Paranaense. Secretaria da Saúde - Governo do Estado do Paraná [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 26]. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guia.pdf
 23. Amorim FC, Neves AC, Moreira FS, Oliveira AD, Nery IS. Profile of pregnant women with pre-eclampsia. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(4):1574-83.
 24. Fernandes RS, Simões AF, Figueiredo AC, Ribeiro AR, Aleixo FM, Aragues SM, et al. Prognóstico obstétrico de pacientes portadoras de diabetes mellitus pré-gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(11):494-8.
 25. Lima SS, Silva LC, Santos MV, Martins JP, Oliveira MC, Brasileiro ME. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. *Ciênc Saúde*. 2017;10(1):56-61.
 26. Mombelli MA, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. AIDS epidemic in the triple frontier: subsidies for professional practice. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):371-8.
 27. Gravena AA, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MD, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):130-5.
 28. Silva SP, Prater RC, Campelo BQ. Parto Normal ou Cesariana? Fatores que influenciam na Escolha da Gestante. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(1):1-9.
 29. Junqueira TI, Coelho AS, Sousa MC, Louro NS, Silva PS, Almeida NA. Gestantes que recebem informações de profissionais de saúde e o conhecimento de seus direitos no período gravídico-puerperal. *Enferm Foco*. 2019;10(4):67-72.
 30. Albuquerque NL, Mendonça EF, Guerra MC, Silva JC, Lins HN. Representações sociais de enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal. *Rev Ciênc Plur*. 2019;5(1):34-51.

TUTORIAIS COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PARA REGISTROS DE ENFERMAGEM

TUTORIALS AS AN EDUCATION TOOL FOR NURSING RECORDS

TUTORIALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN PARA REGISTROS DE ENFERMERÍA

Flávia Aline Carneiro¹

Lúcia Pimentel Silva²

Graciele Fernanda da Costa Linch³

(<https://orcid.org/0000-0002-0637-9248>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3030-0851>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8802-9574>)

Descritores

Registros de enfermagem;
Legislação de enfermagem;
Processo de enfermagem

Descriptors

Nursing records; Nursing
legislation; Nursing process

Descriptores

Registros de enfermería; Legislación
de enfermeira; Proceso de
enfermería

Recebido

27 de Março de 2020

Aceito

25 de Janeiro de 2021

Conflitos de interesse:

extraído da dissertação "Tutoriais como ferramentas de educação para registros de enfermagem" defendida em 2019 junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente

Graciele Fernanda da Costa Linch
E-mail gracielelinch@ufcspa.edu.br

RESUMO

Objetivo: Elaborar vídeos tutoriais sobre registros de enfermagem, com foco na legislação vigente.

Métodos: Pesquisa aplicada à produção de objetos de aprendizagem, executada dentro dos parâmetros de desenvolvimento tecnológico do Modelo *ADDIE* (*analysis* - análise, *design* - desenho, *development* - desenvolvimento, *implementation* - implementação e *evaluation* - avaliação). A edição dos vídeos tutoriais produzidos foi realizada com os recursos do software *Vyond*. Para viabilizar o acesso do público-alvo, os vídeos foram postados no *Youtube*.

Resultados: Uma série, composta por quatro vídeos animados, sobre os aspectos legais dos registros de enfermagem. Os assuntos abordados sobre a temática escolhida são: 1) Generalidades; 2) Documentos gerenciais; 3) Processo de enfermagem e; 4) Anotações de enfermagem.

Conclusão: A criação dos vídeos colabora para a qualificação profissional, porém, é apenas uma das diversas ações necessárias para que este objetivo seja alcançado.

ABSTRACT

Objective: To prepare tutorial videos on nursing records, focusing on current legislation.

Methods: Research applied to the production of learning objects, carried out within the parameters of technological development of the *ADDIE* Model (*analysis*, *design*, *development*, *implementation* and *evaluation*). The editing of the tutorial videos produced was carried out with the resources of the *Vyond* software. To make the target audience accessible, the videos were posted on *Youtube*.

Results: A series, consisting of four animated videos, on the legal aspects of nursing records. The subjects covered on the chosen theme are: 1) Generalities; 2) Management documents; 3) Nursing process and; 4) Nursing notes.

Conclusion: The creation of videos contributes to professional qualification, however, it is only one of the several actions necessary for this objective to be achieved.

RESUMEN

Objetivo: Preparar vídeos tutoriales sobre registros de enfermería, centrándose en la legislación vigente.

Métodos: Investigación aplicada a la producción de objetos de aprendizaje, realizada dentro de los parámetros de desarrollo tecnológico del Modelo *ADDIE* (*análisis* - análisis, *diseño* - diseño, *desarrollo* - desarrollo, *implementación* - implementación y *evaluación* - evaluación). La edición de los vídeos tutoriales producidos se realizó con los recursos del software *Vyond*. Para que el público objetivo sea accesible, los vídeos se publicaron en *Youtube*.

Resultados: Una serie, que consta de cuatro vídeos animados, sobre los aspectos legales de los registros de enfermería. Los temas tratados sobre el tema elegido son: 1) Generalidades; 2) documentos de gestión; 3) proceso de enfermería y; 4) Notas de enfermería.

Conclusión: La creación de vídeos contribuye a la calificación profesional, sin embargo, es solo una de las varias acciones necesarias para lograr este objetivo.

¹Hospital de Viamão, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre, RS, Brasil.

³Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Ciências da Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar:

Carneiro FA, Silva LP, Linch GF. Tutoriais como ferramenta de educação para registros de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(2):230-6.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3318

INTRODUÇÃO

Inerente à prática profissional da enfermagem está o registro das atividades executadas. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem,⁽¹⁾ no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a Resolução nº564, registrar é simultaneamente uma obrigação e um direito. Ao registrar, o profissional assume a responsabilidade pelos seus atos, ao mesmo tempo em que gera provas sobre a sua conduta. Além disso, o registro em prontuário constitui um cuidado necessário à segurança do paciente que é a comunicação entre os profissionais.⁽²⁾

Conforme o Conselho Nacional de Arquivos⁽³⁾ registrar é anotar uma informação por escrito e, o suporte material utilizado para armazená-la é conhecido como documento. Partindo-se deste pressuposto, é concebível afirmar que os registros de enfermagem são anotações produzidas pelos profissionais de enfermagem, em documentos próprios e formais, convencionais (em papel) ou eletrônicos, que relatam as atividades realizadas durante o exercício da profissão.

Com base no Manual de Fiscalização,⁽⁴⁾ a Resolução nº 374, que normatiza e define os itens notificáveis por seus fiscais, os registros de enfermagem podem ser classificados em duas categorias: gerenciais e assistenciais. Os gerenciais dizem respeito à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e são aqueles que auxiliam o enfermeiro na organização das rotinas e fluxos de trabalho. Já os assistenciais, se referem à execução do Processo de Enfermagem (PE), que são aqueles que relatam a assistência prestada ao paciente, por todos os membros da equipe de enfermagem.⁽⁵⁾ Segundo alguns autores,⁽⁶⁾ que analisaram a produção científica de 2005 a 2016 sobre as etapas do PE nos serviços de saúde, o desenvolvimento do mesmo é incompleto, sendo restrito a apenas algumas etapas e essas ainda com registros inadequados ou não realizados.

Embora os profissionais de enfermagem reconheçam a importância dos registros, ainda dissociam esta atividade dos procedimentos.⁽⁷⁾ A realização de um procedimento cumpre três etapas:⁽⁸⁾ (1) o preparo do ambiente, do material e do paciente; (2) a execução da técnica propriamente dita para a concretização de uma tarefa qualquer e; (3) o registro da atividade efetuada e de seus desdobramentos. Sendo possível então, afirmar que a conclusão de um procedimento ocorre quando o mesmo foi registrado.

Não registrar é uma negligência profissional comum na enfermagem. Pesquisadores,⁽⁹⁾ afirmam que diversos fatores contribuem para que isto ocorra, dentre eles estão o subdimensionamento de pessoal, a desorganização do processo de trabalho, a falta de supervisão efetiva da

assistência, a qualificação profissional insuficiente para o seu exercício e o desconhecimento da legislação. Em conjunto, estas questões alimentam a ideia de que registrar é uma “burocracia” e reforçam o hábito de deixar o registro em segundo plano.⁽¹⁰⁾

Divulgar as normativas vigentes é uma alternativa para contribuir para uma mudança positiva de atitude em relação aos registros. Para tanto, recursos didáticos ou objetos de aprendizagem, favorecem o processo de aprendizado de um indivíduo.⁽¹¹⁾ E neste contexto, autores⁽¹²⁾ incentivam a utilização de vídeos para fins educacionais, visto que configuram-se em um método dinâmico, interessante e interativo.

Por conseguinte, o objetivo deste trabalho foi elaborar vídeos tutoriais sobre registros de enfermagem, com foco na legislação vigente, tendo em vista que o cumprimento das exigências legais, de maneira qualificada, acarreta segurança para o paciente, assegura a continuidade da assistência, favorece a sustentabilidade das instituições, proporciona respaldo para os próprios profissionais, estimula o aprimoramento da prática e ainda promove a visibilidade da profissão.

MÉTODOS

Pesquisa aplicada à produção tecnológica de objetos de aprendizagem.

O desenvolvimento deste produto seguiu as diretrizes do *Instructional System Design* (ISD), ou Desenho de Sistemas Instrucionais (em tradução livre). O ISD é uma metodologia baseada em procedimentos que facilitam o planejamento da construção de materiais educativos, visando identificar e solucionar uma necessidade distinta, de maneira eficiente e eficaz.⁽¹³⁾

Este método propõe a divisão do processo de desenvolvimento em cinco fases e, esta segregação ficou conhecida como “Modelo ADDIE”, que é uma sigla em inglês: *analysis* (análise), *design* (desenho), *development* (desenvolvimento), *implementation* (implementação) e *evaluation* (avaliação). O modelo ADDIE consiste em duas etapas, uma de concepção, que corresponde às três primeiras fases e uma de execução, que abrange as duas últimas.⁽¹⁴⁾

O principal cenário do estudo foi o *software* Vyond utilizado para elaboração dos vídeos tutoriais. Os vídeos foram desenvolvidos ao longo de quatro meses durante o primeiro semestre de 2019.

Na fase de análise, o problema é identificado e contextualizado, levando-se em consideração o público envolvido na problemática, os fatores interligados ao evento e as alternativas de solução cabíveis. Sendo assim, após a execução

de um diagnóstico situacional, através de uma pesquisa do estado da arte sobre registros de enfermagem, as inconsistências existentes nos registros de enfermagem foram definidas como o problema central. O desconhecimento sobre a legislação foi o ponto crítico escolhido para ser trabalhado. As opções de resolução foram listadas a partir da aplicação da técnica de *brainstorming*, onde a produção de vídeos tutoriais foi considerada a melhor alternativa diante os recursos disponíveis e pela sua capacidade de alcance do público alvo. Este estudo utilizou como base uma pesquisa prévia de análise dos itens notificados com maior frequência pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS), no ano de 2017.⁽¹⁵⁾

O presente estudo utilizou as notificações sobre os registros de enfermagem, sendo assim toda a equipe está envolvida, tanto técnicos como enfermeiros.⁽¹⁵⁾ Já para o desenvolvimento dos tutoriais, foi composta uma equipe com a própria pesquisadora, sua orientadora e uma acadêmica de enfermagem com habilidades em informática.

O desenho do trabalho é a fase que contempla a definição do objetivo e o delineamento de um planejamento estratégico para alcançá-lo, incluindo desde a produção até a avaliação do objeto de aprendizagem.

Nesta fase, determinou-se a produção de quatro vídeos tutoriais animados sobre os aspectos legais dos registros de enfermagem, cada qual, com duração máxima de sete minutos, abordando um tema específico: 1) Generalidades; 2) Documentos gerenciais; 3) Processo de enfermagem e; 4) Anotações de enfermagem. Para o alcance do objetivo, todas as tarefas relacionadas ao desenvolvimento dos vídeos propostos, foram detalhadas em uma planilha de matriz 5W2H, que é uma ferramenta administrativa, utilizada para planejar ações, individualmente, respondendo a sete perguntas: o que, quem, quando, onde, por que, como, e quanto custa.⁽¹⁶⁾

Nesta fase ainda, foi estabelecido o formato dos vídeos na extensão *.mp4*, por ser compatível com diversos dispositivos eletrônicos, como celulares, *desktops*, televisores e *tablets*. Para a divulgação deles foi escolhida a maior plataforma digital de vídeos do mundo, na atualidade, o *Youtube*, com a finalidade de ampliar a possibilidade de acesso.

O desenvolvimento é composto pela criação do material teórico e a sua conversão para a linguagem tecnológica adequada. Neste caso, para cada vídeo foi elaborado um *storyboard* (roteiro) das falas, das características das personagens e do cenário idealizado. A edição dos vídeos ocorreu no software *Vyond*, que é uma plataforma digital para a criação de vídeos animados, de propriedade da *GoAnimate Inc*. Este programa disponibiliza uma biblioteca

contendo dezenas de milhares de ativos pré-animados (caracteres, ações, modelos, dentre outros), sendo possível utilizar recursos próprios, como arquivos de áudio, de imagem ou de vídeo.

Individualmente, durante e após a sua edição, cada vídeo foi avaliado pelos autores, em relação ao roteiro, à qualidade do cenário virtual, dos áudios (cacofonia, redundância e prolixidade), das imagens, da legibilidade das informações escritas e à capacidade de interação com o público. A finalização do vídeo ocorreu no momento em que houve unanimidade em sua aprovação.

A implementação acontece em dois momentos: um de publicação, que consiste em realizar o *upload* do objeto de aprendizagem, configurar as ferramentas e disponibilizar o acesso ao público. E o outro de execução, que é o momento onde os indivíduos acessam o recurso e interagem com o seu conteúdo.

Nesta fase, apenas o momento de publicação foi executado. Os vídeos foram salvos e liberados ao público no canal que pertence ao Grupo de Estudos das Evidências do Processo de Enfermagem e Taxonomias (GEEPET), da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, no *Youtube*.

A fase de avaliação, que está em andamento, compreende a análise dos resultados da instrução frente aos objetivos propostos, de forma que os materiais didáticos possam ser revisados e melhorados, levando em consideração a efetividade da solução sugerida, bem como a revisão das estratégias implementadas.

Na plataforma do *Youtube* há uma ferramenta que permite que o usuário avalie o vídeo, com duas opções: gostei (*like*, avaliação positiva) e não gostei (*unlike*, avaliação negativa), foi definida como método avaliativo. Deste modo, cada vídeo seria acompanhado pelo período de doze meses, tempo determinado por conveniência dos autores. E a cada trimestre, a satisfação dos usuários, por vídeo, seria calculada da seguinte maneira: total de avaliações positivas, dividido pelo número de visualizações (*views*), ou seja, Satisfação = *likes/views*. Para que o vídeo seja considerado satisfatório, o resultado do cálculo deve ser maior ou igual a 0,8. O valor de referência foi escolhido com base no padrão de índice de validade conteúdo (IVC), para esse trabalho o processo avaliativo está em andamento, já que os vídeos foram lançados recentemente na plataforma e não completaram ainda um ano.⁽¹⁷⁾

RESULTADOS

Da execução deste trabalho, surgiu uma série de quatro vídeos animados sobre os aspectos legais envolvidos nos registros de enfermagem. Segue abaixo a descrição individual dos mesmos.

Vídeo registros de enfermagem 1 - Generalidades

Este vídeo expõe uma visão ampla sobre o assunto, através da abordagem de conceitos correlatos, dos tipos de registros, das normativas legais de referência, da importância deles nas diversas interfaces dos serviços de saúde, incluindo o *modus operandi* do processo de fiscalização do exercício da profissão, a partir das diretrizes estipuladas pelo COFEN. Abaixo estão descritos os seus dados técnicos, com posterior amostra das telas produzidas, como demonstra a figura 1.



Duração: 5 minutos e 28 segundos; Formato/Tamanho: .mp4/22MB; Link de acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=A2Bax2wARLA>

Figura 1. Telas ilustrativas do vídeo 1

Vídeo registros de enfermagem 2 - Documentos gerenciais

Este vídeo apresenta a responsabilidade e a importância do enfermeiro na posição de gerente do serviço de enfermagem. Explica a necessidade de documentar a organização do serviço, além de esclarecer alguns conceitos relativos à atividade gerencial, à legislação pertinente, aos documentos exigidos pela fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem e o impacto que ela exerce sobre a qualidade da assistência que o paciente recebe. Abaixo, são descritos os dados técnicos deste vídeo, e posteriormente, a figura 2 apresenta uma amostra das telas produzidas.

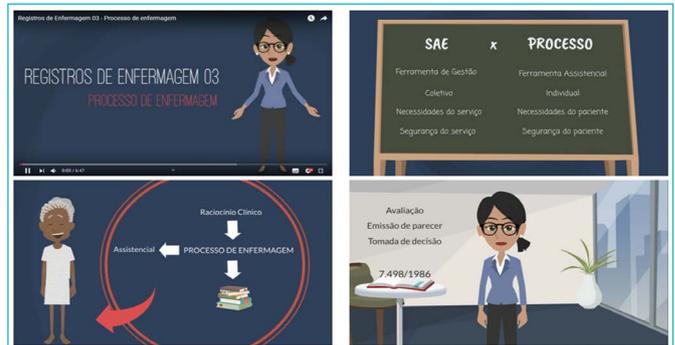


Duração: 4 minutos e 11 segundos; Formato/Tamanho: .mp4/15MB; Link de acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=6dmíónKUUzMGt=75s>

Figura 2. Telas ilustrativas do vídeo 2

Vídeo registros de enfermagem 3 - Processo de enfermagem

Sendo o PE (prestação de cuidado qualificado) o pilar da prática da profissão, este vídeo foi elaborado com o objetivo de apresentar a Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a sua execução, em uma linguagem simples, associando as diretrizes legais ao contexto de trabalho da enfermagem. Abaixo são descritos os dados técnicos deste vídeo e, em seguida, a figura 3 ilustra algumas de suas telas.



Duração: 6 minutos e 47 segundos; Formato/Tamanho: .mp4/24MB; Link de acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=Hfxzu8iGNt0t=31s>

Figura 3. Telas ilustrativas do vídeo 3

Vídeo registros de enfermagem 4 - Anotações de enfermagem

Com objetividade este vídeo expõe conceitos vinculados às anotações de enfermagem, reforça a responsabilidade profissional neste cenário, traz informações sobre os itens que validam legalmente o documento, além de abordar a estrutura e os tipos de dados que devem constar nestas anotações. Abaixo estão descritos os seus dados técnicos, seguidos da figura 4, que ilustra algumas de suas telas.



Duração: 4 minutos e 52 segundos; Formato/Tamanho: .mp4/15MB; Link de acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=9v4CljP3L80t=32s>

Figura 4. Telas ilustrativas do vídeo 4

DISCUSSÃO

Ao longo dos quatro vídeos tutoriais desenvolvidos foram englobadas diversas legislações que envolvem as questões de registros de enfermagem. Para fins didáticos e

educacionais os assuntos foram divididos em quatro tópicos: generalidades; documentos gerenciais; processo de enfermagem e; anotações de enfermagem. Assim, nessa discussão serão abordadas as questões éticas e legais que foram apresentadas nos vídeos.

Com relação ao prontuário, está reservado ao paciente o direito a um prontuário individual, que é um dossiê, onde são arquivados todos os registros emitidos pelos profissionais envolvidos no seu tratamento.⁽¹⁸⁾ De acordo com a Lei nº 8.078/1990⁽¹⁹⁾ (Código de Defesa do Consumidor) e com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.820/2009⁽²⁰⁾ (Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde), tais registros devem ser atualizados constantemente, legíveis e mencionar todos os tipos de procedimentos e de situações pelas quais o cliente fora submetido, no período de sua internação.

O Código de Processo Civil⁽²¹⁾ atesta a legitimidade destes registros, conforme o seu artigo 408, que diz: "As declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, ou somente assinado, presumem-se verdadeiras em relação ao signatário". Contudo, ele afirma que cabe ao juiz apreciar livremente a fé que deva merecer o documento, quando em ponto substancial e sem ressalva contiver entrelinha, emenda, borrão ou cancelamento. Sendo assim, em um contexto de processo, a defesa de um profissional torna-se comprometida, caso existam irregularidades no documento apresentado como prova.

Particular à enfermagem, o Decreto nº 94.406/1987,⁽²²⁾ que regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/1986,⁽²³⁾ determina como responsabilidade dos profissionais pertencentes a esta Classe, registrar suas ações no prontuário do paciente. Desta forma, o COFEN e os Conselhos Regionais de Enfermagem, elaboraram as suas normativas, fundamentadas em leis de abrangência nacional e estadual, conforme apresentado no vídeo acima descrito.

O enfermeiro é legalmente incumbido de liderar a equipe de enfermagem, de acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986.⁽²³⁾ Logo, é quem tem a prerrogativa de organizar o serviço, tanto nos aspectos administrativos, quanto nos aspectos técnicos/assistenciais para que os cuidados direcionados ao paciente sejam realmente efetivos e contribuam com o sucesso do tratamento, em uma perspectiva multidisciplinar.⁽²⁴⁾

Para que isto ocorra é necessário que o enfermeiro tenha capacidade para ir além da execução de procedimentos técnicos.⁽²⁵⁾ Deste modo, é fundamental que ele domine conceitos de gestão e desenvolva habilidades para organizar o seu ambiente de trabalho, para preparar e conduzir a sua equipe a uma performance assistencial de alto nível (execução do PE), que é o propósito da SAE.

Com base na Resolução COFEN 358/2009,⁽⁵⁾ o PE é dividido em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. E pode ser conceituado como um método sistemático, fundamentado em evidências científicas, que tem por finalidade proporcionar uma assistência segura e personalizada, centrada no paciente e em suas necessidades específicas.

Todavia, apenas através do registro, o trabalho que a enfermagem realiza torna-se visível, mensurável e passível de avaliação. Sendo que a qualidade da assistência executada está diretamente vinculada com a qualidade das informações narradas no prontuário do paciente, sendo o registro um reflexo da qualificação do profissional que o executou.⁽²⁶⁾

Nesta perspectiva, a utilização de Sistemas de Linguagens Padronizadas tem um papel relevante para o progresso e a visibilidade da profissão em meio aos contextos multidisciplinar, institucional e social.⁽²⁷⁾ Embora não haja obrigação legal no uso de termos técnicos, eles padronizam e facilitam a comunicação, conferem credibilidade, e favorecem o fortalecimento da identidade profissional.⁽²⁸⁾

Conforme o manual, anexo da Resolução Cofen 514/2016,⁽¹⁸⁾ as anotações de enfermagem são relatos objetivos (dados brutos) da assistência prestada ao paciente. Elas estão relacionadas às etapas do PE, entretanto, mesmo quando não há evidências da execução do PE no prontuário do paciente, elas podem existir, contudo, não são suficientes para configurar uma etapa específica.

São sob os cuidados da enfermagem que um paciente permanece a maior parte do tempo de sua estadia em uma instituição de saúde.⁽⁷⁾ Desta maneira, é natural que as informações que indicam a efetividade do tratamento proposto a ele, sejam produzidas pela equipe de enfermagem.

No entanto, ainda sob o parecer destes autores, anotações sem dados úteis, compostas por frases mal redigidas, que possibilitam múltiplas interpretações são frequentes. E isto, em algumas ocasiões, gera retrabalho, tempo estendido da internação do paciente, aumento do risco da ocorrência de erros assistenciais, prejuízos financeiros, dificuldades de relacionamento interpessoal e desvalorização do trabalho da enfermagem.

Como limitações deste estudo, não foi realizado a avaliação do uso e impacto dos vídeos tutoriais. Contudo, sugere-se que, dadas às disparidades socioeconômicas brasileiras e condições de trabalho, estas informações possam ser relevantes na criação de planos de ação, visando uma maior amplitude no uso das tecnologias de informação e comunicação em saúde por todo o país.

A produção dos vídeos sobre a legislação de enfermagem em relação aos registros pertinentes à prática profissional é uma maneira de contribuir efetivamente para a melhora na qualidade dos registros. Todavia, a divulgação da legislação equivale a apenas uma parcela das ações necessárias para a mudança deste cenário.

CONCLUSÃO

Os vídeos tutoriais sobre registros de enfermagem, elaborados neste estudo tecnológico, tiveram como foco a legislação vigente. As temáticas foram: generalidades (conceitos); documentos gerenciais; processo de enfermagem e; anotações de enfermagem. Independente de uma imposição legal que determine a valorização da enfermagem, são as atitudes e o compromisso de cada profissional com a profissão que irá consolidar o reconhecimento da sua importância social e consagrará-la como disciplina científica. Embora registrar seja uma obrigação legal, esta atividade representa um dos grandes desafios da enfermagem como profissão. Diversas são as dificuldades a serem vencidas para que registrar a assistência se torne um hábito e o foco deixe de ser a importância de registrar e a discussão se concentre na qualidade dos registros.

Contribuições

Flávia Aline Carneiro fez as seguintes contribuições: 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). Luísa Pimentel Silva fez as seguintes contribuições: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). 1 Mestre em Enfermagem. Enfermeira Responsável técnica do Hospital de Viamão/RS. 2 Enfermeira do Hospital Mãe de Deus. 3 Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Graciele Fernanda da Costa Linch fez as seguintes contribuições: 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

Agradecimento ao Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) pelo apoio no desenvolvimento dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 564 de 16 de novembro de 2017. Aprovação do novo Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília (DF): COFEN; 2017. [citado 2018 Set 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
2. Aquino MJ, Cavalcante TM, Abreu RN, Scopacasa LG, Negreiros FD. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2018;9(1):7-12.
3. Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ). Dicionário brasileiro de terminologia arquivística. Rio de Janeiro (RJ): CONARQ; 2005 [citado 2020 Nov 25]. Disponível em: <https://simagestao.com.br/wp-content/uploads/2016/01/Dicionario-de-terminologia-arquivistica.pdf>
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 374 de 23 de março de 2011. Estabelece que o Sistema de Fiscalização do Exercício Profissional da Enfermagem tem como base uma concepção de processo educativo, de estímulo aos valores éticos e de valorização do processo de trabalho em enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília (DF): COFEN; 2011. [citado 2018 Set 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3742011_6590.html
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n.º 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF): COFEN; 2009. [citado 2018 Set 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
6. Santos MG, Bitencourt JV, Silva TG, Frizon G, Quinto AS. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm Foco*. 2017;8(4):49-53.
7. Caveião C, Hey AP, Montezelli JH, Gastaldi AB, Bobroff MC, Farias DS. Anotações de enfermagem na perspectiva de auxiliares de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(2):401-9.
8. Camargo LR, Pereira GR. Análise dos registros realizados pela enfermagem e o possível impacto na auditoria: uma revisão da literatura nacional. *Rev Adm Saúde*. 2017;17(68):1-11.
9. Cucolo DF, Perroca MG. Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(2):120-4.
10. Barreto JA, Lima GG, Xavier CF. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2016;6(1):2081-93.
11. Almeida Júnior JG. Ensino híbrido: personalização e tecnologia na educação. *Rev Thema*. 2017;14(2):336-40.
12. Tibes CM, Dias J, Westin UM, Domingues A, Zem-Maescarenhas S, Évora YD. Desenvolvimento de recursos educacionais digitais para o ensino em enfermagem. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(3):1326-34.
13. Constancio FG, Nogueira DX, Costa JP. Proposta de modelo ADDIE estendido com aplicação nos cursos autoinstrucionais mediados por tecnologias na escola nacional de administração pública. *An Encontro Virtual Doc Softw Livre Congr Int Ling Tecnol Online*. 2016;5(1):1-6.
14. Gava TB, Nobre IA, Sondermann DV. O modelo ADDIE na construção colaborativa de disciplinas a distância. *Inform Educ*. 2014;17(1):111-24.

15. Carneiro FA. Tutoriais como ferramenta de educação para registros de enfermagem [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2019 [citado 2018 Set 20]. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/843>
16. Lima JS. O Planejamento Estratégico como Ferramenta de Gestão. *Rev Ci Multi Núcl Conhec*. 2018;3(3):58-69.
17. Medeiros RK, Ferreira JM, Pinto DP, Vitor AF, Santos VE, Barichello E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. *Referência*. 2015; 4(4):127-35.
18. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 514 de 5 de maio de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF): COFEN; 2009. [citado 2018 Set 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html
19. Brasil. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a Proteção do Consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 1990 Set 20; Seção 1:8055-9.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.820 de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2009 [citado 2018 Set 20]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf
21. Brasil. Lei nº 13.105 de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2015 Mar 16.
22. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 1987. [citado 2018 Set 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
23. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 1986 jun 25.
24. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 509, de 15 de março de 2016. Dispõe que a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico, passam a ser regidas por esta Resolução. Brasília (DF): COFEN; 2016. [citado 2018 Set 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html
25. Soares MI, Camelo SH, Resck ZM, Terra FS. Nurses' managerial knowledge in the hospital setting. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):676-83.
26. Nomura AT, Barragan MS, Almeida MA. Quality of nursing documentation before and after the Hospital Accreditation in a university hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2813.
27. Carvalho EC, Cruz D, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):134-41.
28. Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmeil MA, Peluci AP. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1):e53927.

YOGA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E RECURSO TERAPÊUTICO NO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

YOGA AS AN INTEGRATIVE PRACTICE AND THERAPEUTIC RESOURCE IN SUPPORT OF BREASTFEEDING

YOGA COMO PRÁCTICA INTEGRATIVA Y RECURSO TERAPÉUTICO EN APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Camila Clara Viana de Aguiar¹

Valdecyr Herdy Alves¹

Audrey Vidal Pereira¹

Bianca Dargam Gomes Vieira¹

Diego Pereira Rodrigues²

Giovanna Rosario Soanno Marchiori¹

Felipe de Castro Felício¹

Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco¹

(<https://orcid.org/0000-0002-4499-7071>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8671-5063>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6570-9016>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0734-3685>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5741-9716>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0498-5172>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1820-8662>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6307-4830>)

Descritores

Enfermagem; Aleitamento materno; Ioga; Terapêutica; Terapias complementares

Descriptors

Nursing; Breastfeeding; Yoga; Therapeutics; Complementary therapies

Descriptores

Enfermería; Lactancia materna; Yoga; Terapéutica; Terapias complementarias

Recebido

10 de Maio de 2020

Aceito

16 de Junho de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Giovanna Rosario Soanno Marchiori
E-mail: giovannamarchiori@id.uff.br

RESUMO

Objetivo: Descrever a utilização da Yoga no apoio ao aleitamento materno, a partir do olhar das nutrizes.

Métodos: Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, com dez mulheres lactantes, do município de Niterói - RJ, no período entre maio e setembro de 2018, utilizando-se como ferramenta de produção dos dados a entrevista estruturada, oficina de Yoga e diário de campo. Os dados foram submetidos à análise de discurso na modalidade temática.

Resultados: Foram identificadas três categorias: A Yoga como apoio emocional e físico para as mães; A assistência da equipe de saúde, e os significados da vivência durante o processo de parturição e amamentação; e A relação mãe-bebê como base para o bem-estar e segurança materna e continuidade da amamentação.

Conclusão: Identifica-se a convergência entre Yoga e aleitamento materno, uma vez que os processos fisiológicos e psíquicos se manifestam na saúde do corpo físico, interligados holisticamente. Os sentidos e emoções negativos, relatados no processo de aleitamento, foram minimizados com a utilização da Yoga como recurso terapêutico.

ABSTRACT

Objective: Describe the use of Yoga in breastfeeding support, from the perspective of nursing mothers.

Methods: This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, with ten lactating women, from the municipality of Niterói - RJ, in the period between May and September 2018, using the structured interview, workshop as data production tool Yoga and field diary. The data were submitted to discourse analysis in the thematic modality.

Results: Three categories were identified: Yoga as emotional and physical support for mothers; The assistance of the health team, and the meanings of the experience during the parturition and breastfeeding process; and The mother-baby relationship as a basis for maternal well-being and continuity of breastfeeding.

Conclusion: The convergence between Yoga and breastfeeding is identified, since the physiological and psychic processes are manifested in the health of the physical body, holistically interconnected. The senses and negative emotions, reported in the breastfeeding process were minimized with the use of yoga as a therapeutic resource.

RESUMEN

Objetivo: Describir el uso del Yoga en apoyo de la lactancia materna, desde la perspectiva de las madres lactantes.

Métodos: Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo, con diez mujeres lactantes, del municipio de Niterói - RJ, en el período comprendido entre mayo y septiembre de 2018, utilizando la entrevista estructurada, el taller como herramienta de producción de datos. Yoga y diario de campo. Los datos fueron sometidos a análisis del discurso en la modalidad temática.

Resultados: Se identificaron tres categorías: Yoga como apoyo emocional y físico para las madres; La asistencia del equipo de salud y los significados de la experiencia durante el parto y el proceso de lactancia materna; y La relación madre-bebê como base para el bienestar materno y la seguridad y continuidad de la lactancia materna.

Conclusión: Se identifica la convergencia entre el yoga y la lactancia, ya que los procesos fisiológicos y psíquicos se manifiestan en la salud del cuerpo físico, interconectados holísticamente. Los sentidos y las emociones negativas, informados en el proceso de lactancia, se redujeron al mínimo con el uso del yoga como recurso terapéutico.

¹Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

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

Como citar:

Aguiar CC, Alves VH, Pereira AV, Vieira BD, Rodrigues DP, Marchiori GR, et al. Yoga como prática integrativa e recurso terapêutico no apoio ao aleitamento materno. *Enferm Foco*. 2021;12(2):237-43.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3786

INTRODUÇÃO

A legitimação e a institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) teve início a partir da década de 1980, mediante o atendimento das diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.⁽¹⁾

Essa política pública trouxe avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, presentes nos serviços de saúde em todo o país. Nesse processo, foram incorporadas as Terapias Comunitárias Integrativas (TCI), dentre elas a prática de Yoga. Conforme entendimento, os benefícios desse recurso terapêutico alcançam a melhoria da qualidade de vida, permite a redução do estresse, colabora com o controle da frequência cardíaca e a pressão arterial, além de aliviar sintomas da ansiedade, depressão e insônia. A Yoga, ainda, possibilita a melhora da aptidão física, força e flexibilidade geral.⁽²⁾

A amamentação é uma ação que traz benefícios para a criança e a mãe em vários aspectos, tanto no valor nutricional, na proteção imunológica quanto na redução da morbimortalidade infantil por diarreia ou por infecção respiratória. É válido ressaltar que a amamentação promove diversos benefícios para o binômio mãe-bebê, alimenta a criança e fortalece o vínculo familiar devido à proximidade e conexão que vão além do físico, trazendo conforto e aconchego do colo, atenuando as suas emoções em momentos de dor, desconforto e exposição ambiental.⁽³⁾

Esse ato promove adequado desenvolvimento da cavidade oral, resultado dos movimentos exigidos e dos músculos mobilizados no processo de sucção do leite da mama. No caso da mãe, amamentar significa, além do estreitamento do vínculo afetivo, provoca diferentes ações em seu corpo nos aspectos biofisiológicos, tais como: aceleração da involução uterina reduzindo o sangramento pós-parto, ampliação do tempo entre as gestações e partos, além de reduzir a probabilidade de alguns tipos de cânceres de mama e de ovário. O aleitamento materno estreita e estabelece laços sociais que permitem consolidar os vínculos afetivos, transmite maior segurança para a mãe, promove-se o desenvolvimento afetivo-emocional e social da criança.⁽⁴⁾

No que tange às políticas públicas de saúde, desde a década de 1980 o Brasil caminha por meio de ações voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Entretanto, apesar dos comprovados benefícios da amamentação, sua prática está aquém das recomendações da OMS.⁽⁴⁾ As Práticas integrativas, estão sendo aceitas e inseridas pelos profissionais da saúde, com diferentes finalidades, podendo ser aplicadas em várias condições clínicas, e ser um caminho de concluir a terapêutica junto ao tratamento biomédico, a depender da condição do indivíduo e, com isso, proporcionar um cuidado diferenciado e com resultados efetivos.^(5,6) Nesse sentido, as práticas integrativas vêm somar esforços nessa perspectiva de consolidar a prática da amamentação. A inclusão de recursos terapêuticos no SUS busca a melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos seus usuários. O modelo de atenção se organiza transdisciplinar, busca-se a integralidade do cuidado em saúde e o envolvimento de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, educador físico e outros profissionais.⁽¹⁾

Nesse cenário, e buscando responder à questão investigativa sobre quais aspectos são percebidos quanto à utilização da Yoga como cuidado integrativo na amamentação, tem-se como objetivo descrever a utilização da Yoga no apoio ao aleitamento materno, a partir do olhar das nutrizas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa por ser a mais oportuna à identificação e compreensão dos fenômenos perceptivos e subjetivos sendo, portanto, não quantificáveis e irreduzíveis à operacionalização de variáveis.⁽⁷⁾

O estudo realizado no Banco de Leite Humano do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), da Universidade Federal Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro. As aulas foram realizadas no "Espaço de Yoga da professora Marianne D'elia", situado na cidade de Niterói/RJ, instituição particular.

Foram selecionadas, num total de 80 fichas de cadastro, dez mulheres que estavam vivenciando o aleitamento materno, usuárias do Banco de Leite Humano do HUAP. Realizou-se a caracterização das participantes que estão identificadas com letra e número: E1, E2, E3... E10. A seleção foi por meio do recrutamento por conveniência, oferecendo o convite a todas, e a seleção e realização a partir do aceite. Desta, apenas 30 mulheres obedeciam aos seguintes critérios de elegibilidade, como maior de 18 anos de idade; ser primípara; em aleitamento materno exclusivo. Como critério de exclusão: mulheres que não faziam mais atendimento do BLH.

Após, esse processo, e a condução dos instrumentos de coleta de dados, foi utilização da saturação teórica, com

a finalidade para o encerramento da coleta, que aponta a similaridades dos significados, e assim não precisando ampliar o número de participantes, e totalizando as 10 mulheres do estudo.

A pesquisa foi realizada no período de quatro meses, entre maio e setembro de 2018. Os dados foram produzidos em três etapas: entrevista individual, composta por dados demográficos, dados gestacionais e relato dos problemas na amamentação; aplicação de uma segunda entrevista, ao término de duas semanas de aulas de Yoga, com o objetivo de buscar novas sensações percebidas pelas participantes; e uma entrevista com perguntas abertas ao final de todas as aulas de Yoga, com o intuito de ouvir a percepção das mulheres quanto a sentimentos, emoção e seus reflexos na amamentação.

As entrevistas estabelecidas como técnicas de coletas de dados ocorreram em ambiente reservado, a partir do agendamento com as participantes, por meio de contato telefônico, e a partir do local combinado, ocorreu a entrevista com apenas a pesquisadora e a entrevistada, sendo realizado em média de duração de 40 minutos. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital mp3 e transcrita na íntegra, para análise dos dados.

O estudo pautado na análise de conteúdo teorizada por Bardin.⁽⁶⁾ O material foi organizado com vistas à identificação de unidades de registro e posterior categorização. Na fase de tratamento dos resultados, executou-se a análise quantitativa e qualitativa dos dados para classificá-los e reagrupá-los, segundo suas semelhanças e características comuns. Para tratamento dos dados utilizou-se recursos computadorizados simples, a partir da técnica de colorimetria em documento *Microsoft Office Word*[®].

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, como preceitua a Resolução 466/2012, e foi aprovado conforme CAAE nº 64104216.9.0000.5243, parecer nº 2.445.332.

RESULTADOS

As características sociodemográficas das participantes envolvidas na pesquisa revelam que a faixa etária das participantes envolvidas variou de 32 a 41 anos. No que concerne à raça, predominou a raça branca. Em relação ao nível de escolaridade das participantes, oito possuem nível superior completo, enquanto outras duas estão cursando o nível superior. A faixa salarial das participantes teve uma média de três salários mínimos. Para a aproximação e entendimento da realidade do campo de pesquisa, realizou-se uma busca pelo histórico das participantes antes do início das aulas de

Yoga, o que possibilitou a compreensão da situação inicial e dos principais problemas relatados. Constatou-se que todas as participantes nunca haviam amamentado e estavam inseridas na amamentação exclusiva. Embora, tenham vivenciado alguma dificuldade de amamentação, mesmo recebendo apoio e até mesmo resolução, foi percebida a insegurança sobre o amamentar. Muitas delas, já inseridas no mercado de trabalho, traziam uma ansiedade sobre a plenitude na amamentação e maternidade, pelas pressões sociais, profissionais, cobranças externas e internas. As análises das unidades de registro segundo núcleo temático e frequências permitiram a identificação de três núcleos temáticos: a terapia integrativa como rede de apoio; os significados das vivências no processo de parturição e amamentação; e o vínculo mãe-bebê como significado para efetivação da amamentação. Em seguida, foram definidas as categorias temáticas: a Yoga como apoio emocional e físico para as mães; a assistência da equipe de saúde, e os significados da vivência durante o processo de parturição e amamentação; e a relação mãe-bebê como base para o bem-estar e continuidade da amamentação.

A Yoga como apoio emocional e físico para as mães

As participantes, ao frequentarem as aulas de Yoga, puderam experimentar diferentes exercícios de respiração e relaxamento. Nesse processo, buscou-se desenvolver experiências que pudessem produzir respostas holisticamente e subjetivas, uma vez que a Yoga acalma e foca no corpo e na mente. As ações aumentam a energia e permitem que a mente se volte para dentro, estabelecendo intenção de paz durante a prática. As falas expressam essas sensações: Gosto muito do conceito da Yoga, para trabalhar a respiração, de trabalhar com a meditação e o próprio exercício que é praticado (E2). Minha dificuldade era mais emocional do que física e houve uma melhora muito nítida nesse sentido de conexão e ficar mais à vontade (E4). Acho que com a rede de apoio que eu fui criando tanto no grupo da Yoga, tanto em outros grupos que eu participo, me ajudou muito a fazer as coisas e a lidar com isso tudo (E9). A Yoga também proporcionou sentimentos de conforto e controle das emoções. As narrativas indicaram que as nutrizes experimentaram a aproximação afetiva no ato de amamentar como resultado desse recurso terapêutico: Fiquei muito feliz com a oportunidade, de poder ter feito yoga com meu filho. Foi um presente, uma oportunidade essencial, porque eu já sabia o quanto a Yoga era transformadora, o quanto propicia o bem estar para mim e para ele, e tudo refletir nele (E9). A participação nas aulas sempre me trouxe a oportunidade do momento presente, e refletir sobre esse

momento presente. [...] As aulas trouxeram essa oportunidade de olhar pra mim, de ter essa troca, de me sentir fortalecida [...] quando explicados os objetivos das posturas e a gente incorporava aquilo, era muito bom, sensação maravilhosa (E3).

A assistência da equipe de saúde, e os significados da vivência durante o processo de parturição e amamentação

A partir das entrevistas ao se indagar: “Como foi sua vivência de parto?”, identificou-se nas falas das entrevistadas o desenho emocional desenvolvido por cada mulher, que posteriormente vieram a ter dificuldades na amamentação. Conforme os relatos há partos emocionalmente conturbados, com patologias de base ou com frustrações de percurso: Meu parto foi de urgência, porque eu tive eclâmpsia. O parto não foi o que eu esperava, foi traumático, cesariana de emergência (E1). Foi cesariana. Tive histórico de trombofilia, meu interesse era de ter tido parto normal, mas com o resultado dos exames o médico ficou preocupado em esperar o parto normal. Então eu tive com 38 semanas a cesárea (E8). Tive todas as dificuldades possíveis, porque quando meu filho nasceu em parto de urgência, nós fomos para a UTI, então ele não mamou nos primeiros dias. A primeira alimentação foi na mamadeira, além de todos os problemas tivemos esse problema da primeira pegada dele ser na mamadeira (E4). A rede de apoio, especialmente a equipe de enfermagem atuante no Banco de Leite Humano, integrados às dinâmicas da prática integrativa empregada com essas mulheres, consolidaram o bem estar buscado na atenção à saúde e encaminhamentos das questões ligadas apoio ao aleitamento materno. É o que se percebe nos depoimentos: Meu peito estava ferido e eu não estava conseguindo amamentar. Os dois bicos estavam muito machucados, foi ai que descobri que ele não estava fazendo a pega correta, ele mordía o bico do peito, sangrou muito, deu muita casquinha de ferida, tive fissuras horríveis. Foi bem difícil. Com seis dias de nascido, procurei o banco de leite (E8). No início da minha amamentação, eu passei por momentos difíceis porque meu peito rachou todo, minha filha mamava sangue. Isso aconteceu nas duas primeiras semanas e depois melhorou. Quando eu fui procurar o banco de leite ela tinha uns 3 meses e foi porque ela só queria mamar em um peito e no outro ela chorava, berrava e não mamava de jeito nenhum (E4). Essas sensações de impotência são destacadas e explicadas pelo desenrolar da situação: mãe que não amamenta apresenta sentimentos de angústia, ansiedade, liberação dos hormônios estressores. Além da expectativa pelo ato de amamentar, que é uma das

formas mais concretas de realização da maternidade, a angústia vem como um sentimento de ter que fazer algo; saber que precisa fazer e não sabe como ou se vai conseguir. Isso pode gerar uma culpa, sentimento bem característico em um quadro puerperal de insucesso no aleitamento materno.

A relação mãe-bebê como base para o bem-estar e continuidade da amamentação

Os dados indicaram, ainda, que o vínculo mãe-bebê advindo do aleitamento materno deixa marcas afetivas e servem de base para superação de desafios multifacetados. As dimensões humanas são tensionadas até o seu limite. As participantes vivenciaram diferentes emoções nesse processo de amamentar e venceram as barreiras mediante persistência e resiliência. Elas relataram sentimento de culpa, incapacidade materna pela sensação de insuficiência nas demandas do bebê e sensação de insegurança nos cuidados maternos pelas dificuldades de amamentação. Ao mesmo tempo, relataram a superação e a persistência no aleitamento materno, como expressado nas falas: [...] amamentar é da natureza dos mamíferos, e quando vi que não era desse jeito eu fiquei angustiada, triste e uma mãe incompleta. E busquei ajuda para tentar suprir esse vazio dentro de mim, porque estava feliz como mãe, mas mesmo assim me sentia incompleta. Não sentia a plenitude de ser mãe (E1). [...] A sensação é muito boa, é muito legal a conexão de estar esticando uma perna e seu filho te olhar e te dar um sorrisinho. Você fazer algo com seu filho e é indescritível a sensação (E5). Não digo que aumenta o vínculo, mas fortalece bastante. Alegria o coração, você estar ali e ver o que estava há poucos meses dentro de mim, agora está junto de mim fazendo algo [...] (E6).

DISCUSSÃO

Os momentos vivenciados nas aulas de Yoga, integrados ao processo de orientação e manejo clínico no BLH, permitiram minimizar essas angústias, estabelecer um equilíbrio emocional e devolver o prazer ao ato de amamentar. Os benefícios da Yoga como ferramenta terapêutica, preventiva e promocional em saúde mental, mostram-se bastante significativos, em se tratando de uma prática holística, paralela ao modelo biomédica e ainda pouco utilizada, principalmente em nível de saúde pública.⁽⁹⁻¹¹⁾

Quando a prática de yoga é iniciada desde a gestação, auxilia em respostas associadas ao estresse, por sofrerem influência, as respostas imunológicas de mulheres grávidas obtêm resultados positivos, que são correlacionados também às práticas de yoga. Algumas funções vitais do feto

também o foram, como a oximetria de pulso, tocometria uterina e frequência cardíaca.⁽¹²⁾

A Yoga e a Meditação podem ser vistos como um conjunto de técnicas terapêuticas e de condicionamento físico e mental visando à saúde e o bem-estar, sendo utilizado como prática para o auxílio de pessoas com ansiedade, depressão e insônia [...].⁽¹³⁾ Também são apontados benefícios para a mente, especialmente sensações que reduzem o estresse e favorecem a saúde mental, como sentimentos de calma e tranquilidade.^(14,15)

A Yoga como prática integrativa e recurso terapêutico está respaldada na perspectiva de se alcançar uma saúde equilibrada, nas diferentes dimensões do humano: físico, psíquico, social, emocional e espiritual. O cuidado de si tomado no campo da ética nos mostra a necessidade do compromisso consigo mesmo, da importância de saber o que se deve ou não fazer em detrimento do bem estar biopsicossocial. Isso nos aponta a relevância em aprender o cuidado de si com a prática da Yoga voltado para a prevenção e promoção da saúde mental⁹. Nesse sentido, a indicação desse recurso terapêutico no apoio ao aleitamento materno permite que a nutriz consiga se organizar e encontrar tranquilidade para manter a amamentação exclusiva.

A sensação de bem estar, organização mental proveniente da Yoga também foi identificado em outras pesquisas. Há registro de benefícios não somente físicos, mas também mentais, aumentando a sensação de bem estar, tranquilidade e disposição para lidar com seus afazeres mesmo após um dia de trabalho. Esses benefícios podem ser relacionados com os movimentos físicos leves, o relaxamento, a atenção no momento presente e a respiração consciente, que geram um efeito direto sobre o sistema nervoso e emoções.⁽¹⁵⁾

A rede de apoio ao aleitamento materno no BLH tem cumprido seu papel, contudo, para enfrentar as dificuldades relacionadas ao processo de amamentação, é imperativo que ocorra orientação profissional adequada. Dentre as indicações possíveis, a recomendação da prática da Yoga, uma vez que permite aflorar sentimentos e emoções benéficas no enfrentamento dos eventos adversos ao ato de amamentar, tornando o processo mais prazeroso desde o início. As dificuldades, existindo, podem ser contornadas rapidamente. Destaca-se a importância da orientação profissional de saúde, que deve estar presente durante o pré-natal, preparando a mulher e a família para o processo de amamentação.⁽¹⁶⁾

Os resultados do estudo apontam que a vivência do processo de amamentação é marcada por sentimentos ambíguos. Entre os relatos, afloraram as dificuldades vividas,

como a pega do peito no início da amamentação e as fissuras mamilares. Mesmo diante dos desafios enfrentados no estabelecimento da amamentação, esse momento proporciona sentimentos de satisfação e realização, fortalecendo o vínculo entre mãe e filho.^(16,17)

Identificamos a convergência entre Yoga e aleitamento materno, uma vez que os processos fisiológicos e psíquicos se manifesta na saúde do corpo físico, fazem com que seus praticantes identifiquem sua própria essência e ligação com o espiritual. Através de exercícios de posturas físicas, controle da respiração, controle da atenção e da mente, o praticante da Yoga e da meditação realiza um processo introspectivo de mergulho dentro de si mesmo e encontro com sua natureza mais íntima e profunda [...].¹³ Nesse sentido, esse bem estar aproxima o binômio, promovendo um ambiente acolhedor e propício para efetivar a amamentação.

Dessa forma, dentre as estratégias para promoção, proteção e apoio da amamentação, devemos mencionar os benefícios para o bebê e para a mãe, fazendo com que muitos profissionais estejam engajados em buscar vários caminhos para adesão ao aleitamento materno pelas mães. Ademais, o acesso à informação e à conscientização da maternidade real, consolida uma quebra de tabus, os quais diminuem a expectativa de maternidade romantizada, diminuindo ilusões e melhorando aspectos maternos de força e superação das adversidades.⁽¹⁸⁾

Evidentemente, ainda, que a amamentação pode vir a ser um processo muitas vezes doloroso e difícil, principalmente se a primípara não recebeu as orientações corretamente ou não obteve ajuda de forma apropriada e confiável, porém o prazer, a satisfação e o benefício que tal ato proporciona, fortalecendo os laços e o vínculo entre mãe e filho, no pesar da balança, compensa todos os sacrifícios encontrados, como encontrado nesta pesquisa. Evidenciou-se que, mesmo diante das adversidades, a amamentação se caracterizou como um momento de reconhecimento entre mãe e filho, e, portanto, um formador de vínculos entre os dois. O ato de amamentar e nutrir o seu filho, traz sentimentos de realização plena do papel materno.⁽¹⁷⁾

Alerta-se para a intervenção preventiva diante de possíveis sinais de depressão pós-parto, uma vez que alterações de humor, rejeição ao bebê e negação do leite materno podem indicar, dentre várias possibilidades, insegurança para enfrentar essa nova fase e um momento transitório de desequilíbrio emocional. Há inúmeros impactos que a depressão pós-parto causa no aleitamento materno, como: tristeza, medo e falta de afeto com o neonato e pode se manifestar em puérperas de qualquer idade. Existem

fatores que contribuem para o aparecimento dessa patologia, dentre eles o socioeconômico, a falta de amparo familiar, a ausência de apoio paterno, os fatores genéticos, a gravidez indesejada e a menor escolaridade.⁽¹⁹⁾

As atividades integrativas de apoio que utilizam da Yoga exigem apropriação das técnicas e exercícios mediante estudos e treinamentos. Desta forma, a limitação consiste em ampliar a formação para a equipe de enfermagem e colaboradores (Doulas), permitindo a mobilização dos fundamentos da Yoga no processo de acolhida da gestante e acompanhamento do aleitamento materno. Tendo em vista que os sentimentos são manifestações subjetivas e particulares de cada sujeito, há uma limitação em replicar o estudo, exigindo-se novas ferramentas para ampliar o debate e consolidar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), como um direito das usuárias do SUS.

Pretende-se que os resultados do estudo possam contribuir com a aproximação entre a pesquisa científica e os serviços de saúde nas maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, ampliando-se o campo de pesquisa na área da Saúde da Mulher, na perspectiva do apoio à amamentação, com novas estratégias e recursos. No ensino, a contribuição ocorrerá por meio da participação dos docentes e discentes das Escolas de Enfermagem no sentido de incentivar o conhecimento e a vivência de novos métodos de suporte à amamentação, como também a inclusão do despertar de um modelo atualizado de alcance às mães que necessitam desse apoio e sofrem com suas angústias e inseguranças.

CONCLUSÃO

Quanto à utilização do Yoga como cuidado integrativo na amamentação, os sentidos e emoções negativos relatados no processo de aleitamento foram minimizados com

a utilização do recurso terapêutico. Verificou-se, ainda, que após as aulas de Yoga para as nutrizes, acarretou uma modificação do enfrentamento das inseguranças inerentes ao amamentar, bem como uma melhora na relação com outras mulheres, gerando uma identificação positiva, além da satisfação em poder participar das aulas junto com o seu bebê, consolidando o vínculo afetivo. A Yoga no apoio ao aleitamento materno, a partir do olhar das nutrizes, afluou a percepção de segurança nos enfrentamentos dos desafios da amamentação, melhorando vínculo e resposta da eficácia na efetividade do aleitamento materno. As aulas de Yoga apoiam e focam em diversos caminhos de atuação para obter o melhor equilíbrio da nutriz e sua importância voltados para o bem-estar. Deduz-se que tais aulas são ferramentas eficazes para que os resultados do aleitamento materno sejam satisfatórios. Incorporar o hábito de sair da perspectiva dos sentimentos negativos, proveniente dos percalços que surgem na amamentação, traz como consequência ter uma visão otimista da vida que pode ser encontrada na prática da Yoga. Observar-se como alguém que pode ser falho, alguém que pode se frustrar, mas acima de tudo estar aberto a aprender não só a amamentar, mas também a ser mãe, serenando as flutuações mentais e sabendo lidar com as sensações dos órgãos internos. Aprende-se a beleza e a imensidão do silêncio interno, aquele em que a paz é vivida internamente, onde se tira força para enfrentar os desafios em busca do sucesso na amamentação.

Contribuições

CCVA e VHA, concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final. AVP, BDGV, DPR e GRSM, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final. FCF e MBLRB, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [citado 2020 Abr 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2017 [citado 2020 Abr 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html
3. Maciel HI, Costa MF, Costa AC, Marcatto JO, Manzo BF, Bueno M. Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos. Rev Bras Ter Intensiva. 2019; 31(1):21-6.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [citado 2020 Abr 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
5. Mendes DS, Moraes FS, Lima GO, Silva PR, Cunha TA, Crossetti MG, et al. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. J Health NPEPS. 2019;4(1):302-18.

6. Holden SC, Manor B, Zhou J, Zera C, Davis RB, Yeh GY. Prenatal Yoga for Back Pain, Balance, and Maternal Wellness: A Randomized, Controlled Pilot Study. *Glob Adv Health Med*. 2019;8:2164956119870984.
7. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Rosa AL, Miranda AV. O Yoga como Prática Integrativa na Promoção de Saúde Mental: uma ferramenta ética para o cuidado de si. *Rizoma*. 2017;1(2):119-26.
10. Giménez GC, Olguín G, Almirón MD. Yoga: beneficios para la salud. Una revisión de la literatura. *An Fac Cienc Méd*. 2020;53(2):137-44.
11. Yoshida K, Furlan P. Caracterização de participantes de grupos de yoga em serviço universitário de atenção primária à saúde. *Rev Saúde (St. Maria)*. 2021;47(1):e61929.
12. Mooventhan A. A comprehensive review on scientific evidence-based effects (including adverse effects) of yoga for normal and high-risk pregnancy-related health problems. *J Bodyw Mov Ther*. 2019;23(4):721-7.
13. Medeiros AM. Práticas integrativas e complementares no SUS: os benefícios do Yoga e da Meditação para a saúde do corpo e da alma. *Correlatio*. 2017;16(2):283-301.
14. Araújo MA, Prado BG. A Prática do Yoga no Pré-natal: redução do estresse e outros achados. *Rev Psicol Saúde*. 2020;9(3): 374-87.
15. Fava MC, Rocha AO, Bittar CM, Tonello MG. Percepções sobre uma prática de yoga: impactos no estresse diário e na saúde do trabalhador. *Aletheia*. 2019;52(1):37-49.
16. De Bortoli CF, Poplaski JF, Balotin PR. A amamentação na voz de puérperas primíparas. *Enferm Foco*. 2019;10(3):99-104.
17. Lima CM, Sousa LB, Costa EC, Santos MP, Cavalcanti MC, Maciel NS. Auto eficácia na amamentação exclusiva: avaliação dos domínios técnica e pensamentos intrapessoais em puérperas. *Enferm Foco*. 2019;10(3): 9-14.
18. Corrêa MS, Feliciano KV, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00136215.
19. Oliveira MG, Teixeira R, Costa V, Alencar P, Rodrigues E, Lima A, et al. Sentimentos de mulheres com depressão pós-parto frente ao aleitamento materno. *Enferm Foco*. 2019;10(3):88-92.

DIREITOS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

RIGHTS OF HOSPITALIZED CHILDREN: PERCEPTION OF THE NURSING TEAM

DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS: PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Caroline Nino Rosa¹

Ana Carla Petersen de Oliveira Santos²

Climene Laura de Camargo¹

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

Maria Carolina Ortiz Whitaker¹

Cristina Nunes Vitor de Araújo¹

Denise Santana Silva dos Santos⁴

(<https://orcid.org/0000-0003-1835-3958>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9816-1560>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4880-3916>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0253-3831>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4321-9486>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1963-0120>)

Descritores

Saúde da criança; Direitos do paciente; Enfermagem; Hospitalização

Descriptors

Child health; Patient rights; Nursing; Hospitalization

Descriptores

Salud infantil; Derechos del paciente; Enfermería; Hospitalización

Recebido

20 de Maio de 2020

Aceito

8 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse:

o manuscrito foi extraído da Pesquisa de doutoramento intitulada "Violência institucional à criança hospitalizada", sendo desenvolvida pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Autor correspondente

Ana Carla Petersen de Oliveira Santos

E-mail: acarlapetersen@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Apreender a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos da criança hospitalizada.

Métodos: Estudo qualitativo exploratório com 13 profissionais de enfermagem em unidade pediátrica de um hospital universitário em Salvador-BA. A coleta de dados ocorreu em novembro de 2018, através de entrevista semi-estruturada. Foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados: As categorias foram: cumprimento das obrigações legais; garantia do cuidado integral e humanizado; Implementação das ações relacionadas ao tratamento e segurança do paciente; desconhecimento dos direitos da criança hospitalizada.

Conclusão: Os profissionais conhecem parcialmente ou desconhecem os direitos infantis, sendo necessário empenho para capacitação dos profissionais e gestores.

ABSTRACT

Objective: To apprehend the perception of the nursing team about the rights of hospitalized children.

Methods: Qualitative exploratory study with 13 nursing professionals in a pediatric unit of a university hospital in Salvador-BA. Data collection took place in November 2018, through semi-structured interviews. Bardin's content analysis was used. The study was approved by the Research Ethics Committee.

Results: The categories were: compliance with legal obligations; guarantee of comprehensive and humanized care; Implementation of actions related to treatment and patient safety; ignorance of the rights of hospitalized children.

Conclusion: Professionals partially know or are unaware of children's rights, requiring efforts to train professionals and managers.

RESUMEN

Objetivo: Aprender la percepción del equipo de enfermería sobre los derechos de los niños hospitalizados.

Métodos: Estudio exploratorio cualitativo con 13 profesionales de enfermería en una unidad pediátrica de un hospital universitario en Salvador-BA. La recopilación de datos tuvo lugar en noviembre de 2018, a través de entrevistas semiestructuradas. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación.

Resultados: Las categorías fueron: cumplimiento de obligaciones legales; garantía de atención integral y humanizada; Implementación de acciones relacionadas con el tratamiento y la seguridad del paciente; ignorancia de los derechos de los niños hospitalizados.

Conclusión: los profesionales conocen parcialmente o desconocen los derechos del niño, lo que requiere esfuerzos para capacitar a profesionales y gerentes.

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

²Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

³Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴Universidade Estadual da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Como citar:

Rosa CN, Santos AC, Camargo CL, Vargas MA, Whitaker MC, Araújo CN, et al. Direitos da criança hospitalizada: percepção da equipe de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(2):244-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3853

INTRODUÇÃO

No Brasil, a garantia dos direitos da criança hospitalizada nem sempre foi alvo de atenção do Estado e da sociedade. Documentos e leis que versam sobre o aparato legal à criança surgem apenas partir da década de 90, dentre eles: Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), Constituição Federal de 1988; a Resolução nº 41 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente (1995).^(1,2)

Entretanto, apesar da existência destas leis, observa-se um limitado conhecimento dos profissionais de saúde sobre essas recomendações. Estudos⁽³⁻⁶⁾ revelam que a maioria dos profissionais que atuam em hospitais pediátricos não conhecem os direitos da criança e do adolescente de forma suficiente, não possuindo suporte necessário para avaliar se eram ou não respeitados.

Assim, torna-se evidente a necessidade de ampliação do conhecimento dos profissionais de saúde quanto aos direitos da criança hospitalizada.⁽⁷⁾ Esta perspectiva coaduna com as discussões sobre a advocacia do paciente que, apesar de considerada de grande relevância, ainda carece de sensibilização por parte dos gestores e profissionais.^(4,8,9)

Portanto, compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos da criança hospitalizada torna-se pertinente para identificar lacunas e barreiras no conhecimento desses profissionais sobre esta temática. Logo, elaborou-se a questão norteadora: Qual a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos da criança hospitalizada? Consubstanciou-se como objetivo: apreender a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos da criança hospitalizada.

Esta pesquisa trará contribuições para o aprimoramento do conhecimento dos profissionais sobre a necessidade da capacitação nesta área, além de preencher lacunas nos estudos relacionados aos direitos da criança nos serviços de saúde.

MÉTODOS

Estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa.

O estudo ocorreu na unidade de internação pediátrica de um hospital universitário referência em Salvador-BA, que possui 26 leitos e destina-se ao tratamento de problemas clínicos-cirúrgicos em crianças de 3 meses a 14 anos.

Foram incluídas enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem da unidade. Considerou-se como critério de inclusão: atuar na unidade há mais de 2 anos. Dos 35 profissionais de enfermagem (24 técnicos e 11 enfermeiros), 13 estavam dentro do critério elegível e aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu em novembro de 2018. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada, com roteiro de

perguntas fechadas (perfil sociodemográfico dos participantes) e abertas. Os participantes foram selecionados por conveniência (entrevistamos profissionais que estavam no plantão). As entrevistas ocorreram em locais, que garantiram a privacidade e conforto das participantes, reservados na própria unidade.

A entrevista foi realizada pela bolsista de iniciação científica devidamente treinada. As perguntas abertas foram: a) O que você entende sobre os direitos da criança hospitalizada? b) Você poderia falar sobre esses direitos? As entrevistas foram gravadas (duração média de 5 minutos); também foram feitas anotações em diário de campo. Os dados foram transcritos e checados duplamente (pela pesquisadora principal e pela bolsista). Os diários foram consultados para verificar se havia anotações relevantes (choro, hesitação, linguagem não verbal que demonstrasse contradição entre o dito e o não dito) para que fossem analisadas relacionando com o relato do participante. Entretanto, não foram acrescentadas observações do diário de campo, pois não permitiram acréscimos aos relatos transcritos. O encerramento das entrevistas ocorreu quando da repetição dos conteúdos temáticos - saturação dos dados.⁽¹⁰⁾

Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, definida como conjunto de técnicas que permitem a realização de inferências sobre os dados subjetivos.⁽¹⁰⁾ Assim, seguiram-se as etapas propostas por Bardin: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados: inferência e interpretação.⁽¹⁰⁾ As entrevistas tiveram seu conteúdo agrupado em categorias e foram analisadas com base na literatura. Na discussão, utilizou-se aproximações com pensamento foucaultiano para subsidiar a análise das categorias.

A pesquisa respeitou as normas da Resolução nº 466 de 2012. Foram garantidos anonimato e sigilo dos participantes. As entrevistas ocorreram mediante apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAEE nº 99681518.0.0000.5531.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 13 profissionais de enfermagem: 9 técnicas, 1 auxiliar de enfermagem e 3 enfermeiras, todas do sexo feminino. A faixa etária variou de 33 a 60 anos. De acordo com a escolaridade, 10 (76,92%) possuíam nível superior e 3 apenas o segundo grau completo, sendo justificado pois a maioria das técnicas de enfermagem havia concluído graduação nessa área. Todas as enfermeiras possuíam especialização e 03 (23,1%) técnicas também. Sobre o tempo de experiência em pediatria, 53,8%

apresentavam entre 3 a 5 anos, seguido de 10 a 20 anos (30,8%) e 2 a 3 anos (7,7%). Nos discursos, emergiram as seguintes categorias de análise: 1) Cumprimento das obrigações legais; 2) Garantia do cuidado integral e humanizado; 3) Implementação das ações relacionadas ao tratamento e segurança do paciente; 4) Desconhecimento dos direitos da criança hospitalizada. A seguir serão descritos os achados em cada uma das categorias apontadas.

Categoria 1. Cumprimento das obrigações legais

A maioria dos profissionais consideraram o direito da criança hospitalizada na perspectiva do cumprimento das obrigações legais, regras e normas, sendo que o direito mais citado foi o de ter acompanhante, como pode ser visto a seguir:

São deveres que nós profissionais devemos cumprir. Tudo isso com regras, né?! (T1)

São todos os direitos garantidos por lei pra criança que está hospitalizada. (E1)

Direito de ter o acompanhante com ela... porque agora acho que em toda pediatria tem que ter acompanhante. (T8)

Foi mencionado o direito da criança e do acompanhante em conhecerem o diagnóstico, prognóstico e procedimentos a serem realizados e o fornecimento de alimentação e serviço de hotelaria hospitalar adequados como visto nas seguintes falas:

*Conversar com ela antes, para ver se ela já tem um bom entendimento do procedimento que vai ser feito. (T11)
tem direito a uma alimentação e hotelaria adequada, porque às vezes a criança fica muito tempo internada. (T1)*

Categoria 2. Garantia do cuidado integral e humanizado

Os profissionais de enfermagem identificaram no cuidado integral e humanizado um importante elo para assegurar os direitos da criança hospitalizada, como visto a seguir:

Ela tem o direito a uma assistência integral. (E2)

Ter uma assistência de enfermagem e médica de forma a perceber que a criança não só em sua condição física, mas também emocional. (T6)

Houve relatos acerca do direito da criança ao acesso a espaços socioeducativos e lúdicos durante a hospitalização:

Tem direito de brincar, de ter acesso à brinquedoteca disponível na unidade. (T9)

Direito de, enquanto está aqui, ter a possibilidade de seus estudos não serem interrompidos. Vir alguém aqui e ajudar nas questões dela da escola... (T6)

Também forma considerados para o cuidado integral: o respeito à individualidade/privacidade e o consentimento, como visto a seguir:

É preciso respeitar a individualidade da criança. (T8)

A gente acaba levando em consideração o consentimento dos pais, em relação a qualquer procedimento que a gente faça com eles. (T7)

Categoria 3. Implementação das ações relacionadas ao tratamento e segurança do paciente

Outra perspectiva do direito da criança hospitalizada estava relacionada às ações centradas no tratamento, cura e prevenção de complicações. Podemos observar no trecho a seguir:

O primordial é o bom atendimento médico emergencial. Ele chega aqui com uma suspeita, então temos que correr com esse diagnóstico, que o tempo de internamento é um risco que a criança corre. Então o primordial é o atendimento e o correr desse diagnóstico. (T4)

O cuidado relacionado à administração de medicações da prescrição médica foi destacado nos seguintes trechos:

Direito a ter a sua prescrição médica cumprida com tudo o que está ali. (T6)

Direito que a assistência seja prestada, que tenha a medicação. Direito à assistência, medicação, principalmente, pra que não falte as medicações. Tirar ela do estado de doente e colocar no estado de cura e tentar reestabelecer ao máximo a saúde dela. (T10)

A segurança do paciente também foi relatada pelas entrevistadas, que identificaram a necessidade de se atentar para os riscos que as crianças estão expostas durante a hospitalização:

Prestar os cuidados com segurança. (T2)

Categoria 4. Desconhecimento dos direitos da criança hospitalizada

O desconhecimento dos direitos da criança hospitalizada foi evidenciado em alguns discursos das entrevistadas. Esse desconhecimento se revelou nas seguintes percepções:

não tinha total conhecimento ou nunca ouviu falar. Vemos isto nas falas a seguir:

É uma coisa que a gente nunca escutou muito falar, né?! (E2)

Embasamento teórico a respeito do assunto não tenho nenhum. (T7)

DISCUSSÃO

Constatou-se nas respostas dos participantes, a influência do discurso ético deontológico, cuja base é a noção do dever e da proibição. Nesse caso, as escolhas para determinadas ações são tomadas com base na conformidade da norma, seja ela boa ou má, pois de acordo com essa visão, as regras existem para serem obedecidas acima de tudo.⁽¹¹⁾

Nos últimos anos a ênfase da preocupação dos profissionais de saúde acerca da assistência respaldada na lei tem se intensificado, pois reflete a tendência atual de judicialização da saúde. Entretanto, as questões judiciais estão carregadas de dilemas éticos que levam os profissionais a estarem diante de decisões moralmente questionáveis,⁽¹²⁾ complexas e difíceis de serem tomadas.

Para Foucault, a disciplina é uma tecnologia de poder que consiste no controle dos corpos, sendo muito exercida em instituições como quartéis e hospitais, para que as normas sejam cumpridas sem questionamento. As regras conferem ao hospital características que o relacionam com o seu principal propósito, a medicalização.⁽¹³⁾ Por isso, o discurso do dever e da norma se fazem frequente nos relatos das entrevistadas.

Sobre o conhecimento das leis, é importante salientar que nenhuma das participantes mencionou a Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995,⁽¹⁾ tendo apenas citado o Estatuto da Criança e do Adolescente² e a Constituição Federal de 1988.⁽¹⁴⁾ Isso revela o desconhecimento sobre o principal documento legal específico para assegurar os direitos da criança hospitalizada. A Resolução 41/95 que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, constitui-se um dos principais documentos que asseguram a prestação de um cuidado de qualidade à criança, livre de abusos e violações. Sem o conhecimento das recomendações desta resolução, os profissionais tornam-se passíveis de cometer erros e infrações, que prejudicam o bem-estar físico, emocional, social e espiritual da criança durante o período em que esta encontra-se sobre os seus cuidados.

Dentre os direitos reconhecidos pelas profissionais, o direito ao acompanhante foi o mais citado. Tal direito é garantido à criança pelo ECA e pela Resolução nº 41/95, onde

os estabelecimentos de saúde devem proporcionar a presença de um dos pais ou de um responsável em tempo integral, durante todo o processo de hospitalização. Em que pese, a presença do acompanhante minimiza o sofrimento da criança e é benéfico, pois, juntamente com a equipe de saúde, auxilia na detecção precoce de riscos.⁽¹⁵⁾ Desta forma, o ECA estabelece a obrigação das instituições de saúde em proporcionar condições, para permanência em tempo integral com a criança de um dos pais ou responsável.⁽²⁾

Pesquisas realizadas na Itália e no Brasil^(4,15) também identificaram o direito ao acompanhante como o mais conhecido pelos profissionais de saúde, chegando a ser citado por 100% dos entrevistados em um dos estudos. Entretanto, num dos estudos ficou claro que as acomodações não eram adequadas, podendo gerar estresse para a criança e família. Logo, considera-se importante que a lei, além de garantir a presença do acompanhante, assegure também permanência deste com a criança em acomodações adequadas, como forma de evitar situações de estresse e desconforto para ambos.-

Na categoria, garantia do cuidado integral e humanizado foi possível perceber que as profissionais reconhecem a necessidade de tornar o cuidado humanizado e integral, através da promoção de espaço acolhedor, lúdico e educativo.

O ECA traz a integralidade como direito fundamental à pessoa humana, considerando que é preciso assegurar o desenvolvimento da criança, em seu aspecto físico, mental, moral, espiritual e social. A integralidade também é assegurada na Resolução nº 41/95, quando preconiza o respeito às crenças e valores, à integridade física, mental e moral, além do direito ao acesso à recreação e educação. Nesses casos, é reconhecida a necessidade da aplicação dos documentos legais que asseguram o atendimento à criança hospitalizada, alinhado ao cuidado com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem, como forma de garantir a integralidade do cuidado à criança e família.

A presença da brinquedoteca foi citada pelas profissionais como um direito da criança, pois compreendiam a brincadeira como uma das suas necessidades básicas. Assim, ressalta-se que as instituições hospitalares devem obrigatoriamente fornecer espaços para que os usuário de menor idade possam "ser criança" e continuar o acompanhamento escolar, uma vez que a hospitalização já é um potencial fator estressor.^(8,16,17) Pesquisas^(15,18) revelaram que a presença de classes escolares era mais frequente dentro de hospitais pediátricos do que em gerais, demonstrando que esse direito ainda encontra-se implementado de forma incipiente.

Outros elementos trazidos pelas profissionais foram o respeito à individualidade/privacidade infantil e o

consentimento antes da realização de procedimentos. O direito ao respeito se baseia na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e envolve a preservação da sua imagem, identidade, autonomia, valores, ideias, crenças, espaços e objetos pessoais.⁽²⁾

Outra percepção do direito da criança foi compreendida como cuidado relacionado apenas à cura do doente. Tal aspecto se mostrou contraditório à visão do cuidado integral, uma vez que houve predomínio do aspecto biológico, refletindo a hegemonia que o modelo biomédico exerce nas instituições de saúde.

A divisão do trabalho nos hospitais reflete a hegemonia do saber que ressalta o paternalismo do profissional médico.⁽¹⁹⁾ Dessa forma, a dimensão biomédica é privilegiada, os processos em saúde desconectados e o corpo fragmentado. A visão desse modelo ignora o conhecimento particular do indivíduo e priva o olhar às singularidades de cada caso.⁽²⁰⁾

Para Foucault o hospital é estabelecido de acordo com a ordem médica. Assim, o corpo do indivíduo torna-se um objeto de dominação, bem como as diversas formas do saber médico se constituem noções positivas de saúde e de normalidade, na qual a definição do homem modelo é descrita como um homem não doente.⁽¹³⁾

A percepção do direito da criança hospitalizada como algo meramente relacionado à efetivação do tratamento é preocupante pois reflete a falta de compreensão da equipe de enfermagem sobre a sua prática profissional, reduzindo-a a agentes tarefeiros que deveriam apenas cumprir prescrições médicas.

O desconhecimento das profissionais sobre os direitos da criança hospitalizada foi identificado nessa pesquisa assim como em outros estudos. Pesquisa na Transilvânia⁶ constatou que profissionais de saúde tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre os direitos das crianças hospitalizadas, e por isso não conseguiam aplicá-los. Na Itália,⁽¹⁵⁾ profissionais demonstravam conhecer tais direitos, mas relataram dificuldade na aplicação.

Reconhecer a criança como sujeito de direito é fundamental para prestar um cuidado de qualidade, entretanto o desconhecimento dos seus direitos pressupõe o desrespeito na prática assistencial. Logo, é premente que gestores e profissionais sejam capacitados para atuar e tomar decisões pautadas nos documentos legais.

A limitação do estudo consiste no fato da pesquisa ter sido realizada em um hospital universitário no estado da Bahia, não obtendo a representatividade das demais regiões do Brasil.

Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o direito da criança hospitalizada faz-se necessário para verificar a sua aplicabilidade, tornando-se uma importante ferramenta para exercer a advocacia do direito infantil nos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que apesar dos direitos da criança hospitalizada existirem através de documentos e leis específicas, persiste a percepção fragmentada e o seu desconhecimento, o que pode dificultar sua adequada efetivação nas instituições de saúde. É preciso que gestores invistam na capacitação dos profissionais para que os direitos infantis sejam assegurados nos serviços de saúde, uma vez que as demandas relacionadas à judicialização em saúde tornam-se crescentes.

Contribuições

Caroline Nino Rosa - coleta, análise e interpretação dos dados. Ana Carla Petersen de Oliveira Santos - concepção e/ou desenho do estudo. Climene Laura de Camargo - aprovação da versão final a ser publicada. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas - aprovação da versão final a ser publicada. Maria Carolina Ortiz Whitaker - coleta, análise e interpretação dos dados. Cristina Nunes Vitor de Araújo - redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Denise Santana Silva dos Santos - redação e/ou revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995. In: Resoluções, junho de 1993 a setembro de 2004. Brasília (DF): CONANDA; 2004. [citado 2018 Jun 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/resolucoes-1-a-99.pdf>
2. Brasil. Presidência da República. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF);

1990. [citado 2018 Jun 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

3. Martinez EA, Oliveira IC, Bastos AC, Santos PP, Souza TV, Moraes JR. Validação teórica de escala de atitudes das enfermeiras sobre direitos da criança em terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e3320016.
4. Cruz DS, Santos CC, Marques DK, Wanderley LW, Maia FS, Martins DL. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(2):351-7.

5. Gomes IL, Caetano R, Jorge MS. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):463-70.
6. Albert-Lörincz C. The situation of pediatric patients' rights in the Transylvanian healthcare. *Orv Hetil*. 2018;159(11):423-9.
7. Santos PM, Silva LF, Depianti JR, Cursino EG, Ribeiro CA. Nursing care through the perception of hospitalized children. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):603-9.
8. Neutzling BR, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem EL, Hirsch CD, Pereira LA, Schallenberger CD. Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):e20170025.
9. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem EL, Silveira RS, Ramos AM, Santos JM. Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e0730014.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
11. Fortes PA, Pereira PC. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(3):335-40.
12. Oliveira CI, Vargas MA, Barlem ED, Araújo SD, Vieira DF, Cardozo D. Motivos da internação por ordem judicial na terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro. *Enferm Foco*. 2019;10(1): 99-104.
13. Foucault M. O Nascimento do hospital. In: Machado R (Org). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2001.
14. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
15. Bisogni S, Aringhieri C, McGreevy K, Olivini N, Lopez JR, Ciofi D, et al. Actual implementation of sick children's rights in Italian pediatric units: a descriptive study based on nurses' perceptions. *BMC Med Ethics*. 2015;16(33):1-8.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2018 nov 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
17. Brasil. Presidência da República. Lei no 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2005. [citado 2018 Jun 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm
18. Berger E, Paar C. Monitoring human rights in the child and youth sector. *Neuropsychiatrie*. 2017;31(3):133-43.
19. Púras D. Human rights and the practice of medicine. *Public Health Rev*. 2017;38(9):2-5.
20. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(9):3013-22.

CARGA DE TRABALHO E DIMENSIONAMENTO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL: USO DO *NURSING ACTIVITIES SCORE*

WORKLOAD AND DIMENSIONING IN THE NEONATAL HOSPITALIZATION UNIT: USE OF NURSING ACTIVITIES SCORE

CARGA DE TRABAJO Y DIMENSIONAMIENTO EM UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN NEONATAL: USO DE *NURSING ACTIVITIES SCORE*

Marina Kühn de Rezende Soares¹

Gisele Hespanhol Dorigan²

Elenice Valentim Carmona³

(<https://orcid.org/0000-0003-0230-7498>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7610-3637>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9976-3603>)

Descritores

Carga de trabalho; Enfermagem neonatal; Dimensionamento

Descriptors

Workload; Neonatal nursing; Dimensioning

Descriptores

Carga de trabajo; Enfermería neonatal; Dimensionamiento

Recebido

22 de Maio de 2020

Aceito

20 de Março de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Marina Kühn de Rezende Soares
E-mail: marinakuhlrs@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a carga de trabalho e realizar o cálculo de pessoal da equipe de enfermagem em uma unidade de internação neonatal.

Métodos: Estudo transversal, descritivo e exploratório de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em uma unidade de internação neonatal de um hospital público no interior do estado de São Paulo e para a avaliação da carga de trabalho utilizou-se o *Nursing Activities Score*, os dados referente à assistência foram coletados do prontuário do paciente e o cálculo do pessoal, a partir das horas obtidas do instrumento, foi baseado em literatura.

Resultados: 19 recém-nascidos compuseram a amostra. O instrumento para avaliar a carga de trabalho foi aplicado 171 vezes e o percentual médio de pontuação foi de 490,4%, houve defasagem de profissionais de enfermagem em todos os dias de coleta.

Conclusão: Comparando o dimensionamento real com o ideal, observou-se déficit de profissionais no período analisado. Essa pesquisa fornece evidências da avaliação da carga de trabalho em unidade neonatal, que pode subsidiar o dimensionamento de pessoal, com o intuito de minimizar a ocorrência de danos decorrentes de uma assistência insegura.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the workload and calculate the nursing staff in a neonatal hospitalization unit.

Methods: Transversal, descriptive and exploratory study, quantitative approach. The study was carried out in a neonatal hospitalization unit of a public hospital in the interior of the state of São Paulo and the Nursing Activities Score was used to assess the workload, the data related to assistance were collected from the patient's medical record and the personnel calculation, based on the hours obtained from the instrument, was based on literature.

Results: 19 newborns made up the sample. The instrument to assess the workload was applied 171 times and the average score percentage was 490.4%, there was a lag of nursing professionals on all collection days.

Conclusion: Comparing the real dimension with the ideal, a deficit of professionals was observed in the analyzed period. This research provides evidence of the workload assessment in a neonatal unit, which can subsidize the dimensioning of nursing staff, in order to minimize the occurrence of damage resulting from unsafe care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la carga de trabajo y realizar el cálculo del personal de enfermería en una unidad de hospitalización neonatal.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo y exploratorio con enfoque cuantitativo. El estudio se llevó a cabo en una unidad de hospitalización neonatal de un hospital público en el interior del estado de São Paulo y se utilizó el Puntaje de Actividades de Enfermería para evaluar la carga de trabajo, los datos relacionados con la asistencia se obtuvieron del historial médico del paciente y el El cálculo del personal, basado en las horas obtenidas del instrumento, se basó en la literatura.

Resultados: 19 recién nacidos conformaron la muestra. El instrumento para evaluar la carga de trabajo se aplicó 171 veces y el porcentaje de puntaje promedio fue de 490.4%, hubo un retraso de los profesionales de enfermería en todos los días de recolección.

Conclusión: Al comparar la dimensión real con la ideal, se observó un déficit de profesionales en el período analizado. Esta investigación proporciona evidencia de la evaluación de la carga de trabajo en una unidad neonatal, que puede subsidiar el dimensionamiento del personal, a fin de minimizar la ocurrencia de daños resultantes de la atención insegura.

¹Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Fundação Herminio Ometto, Araras, SP, Brasil.

³Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Como citar:

Soares MK, Dorigan GH, Carmona EV. Carga de trabalho e dimensionamento em unidade de internação neonatal: uso do Nursing Activities Score. *Enferm Foco*. 2021;12(2):250-5.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3867

INTRODUÇÃO

A inserção da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde ainda se configura como um grande desafio, em especial para equipe de enfermagem, que conta com o maior número de profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Ambientes inseguros para as práticas assistenciais estão relacionados com maior morbimortalidade em todo o mundo. Dentre os fatores que interferem negativamente nesse contexto, encontram-se o dimensionamento inadequado, a carência de capacitação dos profissionais, a sobrecarga de trabalho, a comunicação ineficaz e dificuldades no relacionamento interpessoal.⁽¹⁾

A carga de trabalho não condizente com o quantitativo de funcionários é apontada como um dos motivos responsáveis pelo aumento da rotatividade, desgaste físico, desgaste psíquico e absenteísmo na equipe de enfermagem,⁽²⁾ tem-se ainda falta de recursos materiais e infraestrutura, o que torna o ambiente de trabalho desfavorável em parte dos hospitais públicos do Brasil. Fatores esses que prejudicam a assistência de enfermagem e contribuem para o aumento de riscos relacionados à assistência.⁽³⁾

Para prover uma assistência segura, tanto para o paciente quanto para o profissional, o dimensionamento da equipe de enfermagem é indispensável e deve ser realizado a partir de parâmetros propostos pela Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, que orienta atualmente gestores, gerentes e enfermeiros dos serviços de saúde quanto ao planejamento do quantitativo de profissionais.⁽⁴⁾

As unidades de terapia intensiva, por se tratarem de unidades complexas e que possuem elevado número de intervenções terapêuticas, devem dispor de enfermeiros que acompanham diariamente a carga de trabalho de enfermagem demandada pelos clientes, aplicando instrumentos específicos que mensuram essa variável, assim como preconiza o Ministério da Saúde na Resolução nº 7/2010, em seu art.º 49; considerando que o enfermeiro deve correlacionar as necessidades de cuidados de enfermagem com o quantitativo de pessoal disponível, de acordo com um instrumento de medida disponível.^(5,6) Destaca-se que embora a utilização de ferramentas para o dimensionamento tenha sido crescente, há uma resistência em realizá-lo e, quando realizado, apresenta grande defasagem.⁽⁷⁾

Foram encontrados poucos estudos sobre a avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A literatura aponta ainda que não existe um instrumento padronizado que quantifique a carga de trabalho e adeque o quadro de profissional de enfermagem em UTIN.⁽⁸⁾

Dentre os instrumentos disponíveis na literatura nacional, o *Nursing Activities Score* (NAS) tem sido indicado para a avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva, por identificar o tempo de assistência prestada, subsidiando o cálculo adequado dos profissionais de enfermagem necessários para o cuidado.⁽⁹⁾

Resultados obtidos em estudo utilizando o NAS⁽⁸⁾ sugerem que o instrumento é adequado para medir a carga de trabalho de enfermagem também no contexto da atenção ao recém-nascido, sendo capaz de fornecer informações que abrangem os diversos processos envolvidos na assistência semi-intensiva e intensiva neonatal.

Dada a relevância do tema para a segurança do cuidado de enfermagem, o objetivo desse estudo foi avaliar a carga de trabalho e realizar o cálculo de pessoal da equipe de enfermagem em uma unidade de internação neonatal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo descritivo e exploratório, de corte transversal e de abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado na unidade de internação neonatal de um hospital público no interior do Estado de São Paulo. Essa unidade possui 18 leitos, sendo que 8 leitos são designados para cuidados intensivos e 10 leitos para cuidados semi-intensivo, não havendo divisão entre eles no que se refere ao espaço físico.

O NAS baseia-se nos cuidados de enfermagem realizados nas últimas 24 horas, sendo assim foram incluídos todos os recém-nascidos (RN) internados na unidade com tempo mínimo de internação de 24 horas, independente do diagnóstico e plano terapêutico.

Os dados foram coletados por meio de consulta aos prontuários dos pacientes internados, bem como informações obtidas junto ao enfermeiro responsável pela assistência, caso fosse necessário. A coleta de dados foi executada em 15 dias subsequentes, no período da tarde nos dias 20/08/2018 a 03/09/2018. Os profissionais do setor estavam distribuídos em plantões no período da manhã e tarde de 6 horas e plantões noturnos de 12/36 horas.

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: a) Ficha de caracterização clínica e demográfica do RN, contemplando dados como: registro do RN, data do nascimento, data de internação, peso ao nascimento, peso no dia da coleta de dados, idade gestacional de nascimento, sexo, tipo de parto, motivo da internação e dias de internação; b) *Nursing Activities Score*, com a finalidade de avaliar a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem.

O *Nursing Activities Score* foi desenvolvido por Miranda e colaboradores,⁽¹⁰⁾ adaptado e validado culturalmente por

Queijo,⁽¹¹⁾ com o objetivo de mensurar a carga de trabalho de enfermagem, em especial em Unidade de Terapia Intensiva, quantificando os procedimentos e o grau de complexidade envolvido no decorrer de 24 horas. Na prática clínica, este instrumento pode fornecer dados que possibilitam planejar também a gestão de custos dos serviços de enfermagem.

A utilização do NAS mostrou-se eficiente para mensurar a carga de trabalho em UTI brasileiras e adequado para o gerenciamento de recursos humanos e materiais.^(12,13)

Esse instrumento é composto por sete categorias (atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas) que são compostas por 23 subcategorias, sendo que cada subcategoria possui um valor expresso em porcentagem. Ao final da aplicação, obtém-se a somatória total dessas pontuações, sendo o mínimo zero e máximo 176,8% pontos. O que traduz o tempo gasto pela equipe na assistência ao paciente nas 24 horas retrospectivas. É interessante ressaltar que um paciente pode requerer a atenção de mais de um profissional em determinado turno de trabalho. Cada ponto NAS equivale a 14,4 minutos ou 0,24 horas e cada 100 pontos NAS equivalem a 100% do tempo gasto de um profissional em 24 horas.⁽¹¹⁾

Para a aplicação do NAS, foi utilizado um tutorial para categorização de cuidados assistenciais no contexto neonatal,⁽⁸⁾ que permitiu uma aplicação mais detalhada do NAS, haja vista que para o uso nesse local há necessidade de adaptação dos itens, sem que haja a alteração da estrutura do mesmo.

Com relação ao quantitativo de profissionais de enfermagem na assistência durante o período da coleta, e as informações coletadas referentes à assistência aos RN, considerou-se o seguinte período como as 24 horas analisadas: o período decorrido das 12 horas do dia anterior até às 12 horas do dia da coleta.

Para realização do dimensionamento ideal, a partir das horas obtidas do NAS, foi utilizada a seguinte fórmula: $Q = \sum NAS_i / t \cdot p$. Onde: Q= Quantidade diária de profissionais de enfermagem; $\sum NAS_i$ = Total do NAS por dia de coleta; t= Jornada de trabalho; p= produtividade.

O total do NAS por dia ($\sum NAS_i$) foi expresso em horas. Para a jornada de trabalho (t) considerou-se 6 horas, pois a carga horária de enfermagem da instituição estudada é de 36 horas semanais. Para a produtividade (p) considerou-se 80%, ou seja, 0,80: parâmetro de efetividade na assistência de enfermagem, levando-se em conta a literatura.⁽¹⁴⁾ Essa fórmula para o dimensionamento foi utilizada em outros estudos realizados em UTI neonatais brasileiras,^(15,16) avaliando-se a aplicabilidade do NAS e o dimensionamento da equipe de enfermagem.

Os dados foram organizados e tabulados no programa *Excel for Windows*®, versão 2010. Para a análise descritiva dos dados foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, com apresentação por meio de tabelas de frequência das variáveis categóricas, com os valores de frequência absoluta (n) e percentual (%).

Não houve conflito de interesse no estudo e foram consideradas as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012. Os enfermeiros que, de maneira voluntária, forneceram informações quanto aos cuidados dos pacientes sob sua responsabilidade receberam esclarecimentos sobre o estudo e uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital cenário do estudo, sob CAAE: 88519218.0.3001.5608 e parecer 2.766.189.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 19 recém-nascidos, com predominância de recém-nascidos pré-termo (RNPT), do sexo masculino, nascidos por cirurgia cesariana (Tabela 1). Quanto aos diagnósticos médicos à admissão, a maioria apresentou Síndrome do Desconforto Respiratório (n=31,58%), muito baixo peso (n=31,58%), seguido de risco de infecção (n=10,53%); bronquiolite (n=10,53%); risco social (n=5,26%); cardiopatia congênita (n=5,26%) e filhos de mãe diabética (n=5,26%).

Tabela 1. Perfil da amostra

Características	n(%)
Sexo	
Feminino	7(36,84)
Masculino	12(63,16)
Idade gestacional**	
RNPT	15(78,95)
RNT	4(21,05)
Tipo de Parto	
Vaginal	5(26,31)
Cesárea	14(73,69)

A aplicação do NAS foi realizada 171 vezes no período da coleta. Os itens do instrumento com maiores pontuações eram referentes às categorias: monitorização e controle; medicação; procedimentos de higiene; mobilização e posicionamento; suporte e cuidados aos familiares e pacientes; tarefas administrativas e gerenciais; medida quantitativa de débito urinário e alimentação enteral através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal. Os itens não pontuados foram: monitorização do átrio esquerdo, reanimação cardiorrespiratória, técnicas de hemofiltração, medida de pressão intracraniana e tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada. A média de pontuação NAS em

porcentagem foi de 490,4%. Na tabela 2 apresenta-se a pontuação total para cada dia do período de coleta de dados, juntamente com a média do NAS por dia e o número de RN analisados e as horas de assistência diária.

Tabela 2. Caracterização da carga de trabalho diária da unidade neonatal, segundo *Nursing Activities Score*

Dias de coleta	NAS total diário (%)	Média NAS diário (%)	Horas de assistência diária	Total de RN analisados
1	475,9	43,2	114,2	11
2	461,4	41,9	110,7	11
3	477,7	43,4	114,6	11
4	475,2	43,2	114,0	11
5	456,8	41,5	109,6	11
6	597,6	45,9	143,4	13
7	628,2	44,9	150,7	14
8	567,5	43,6	136,2	13
9	495,4	41,3	118,8	12
10	470,8	42,8	112,9	11
11	386,1	42,9	92,6	9
12	471,5	42,8	113,2	11
13	474,3	43,1	113,8	11
14	501,3	41,8	120,3	12
15	416,5	41,6	99,9	10

Os resultados relativos ao dimensionamento da equipe de enfermagem, nas 24 horas da análise, encontram-se na tabela 3.

DISCUSSÃO

As características do perfil clínico da amostra do presente estudo assemelham-se às de outros estudos realizados em UTIN.⁽¹⁷⁾ Quanto à pontuação do NAS, outro estudo em UTIN⁽⁸⁾ apresentou dados semelhantes quanto às categorias que obtiveram e que não obtiveram pontuação.

Em relação ao dimensionamento ideal da equipe, observou-se um déficit de funcionários em todos os dias do

período analisado. Verificou-se que há defasagem acentuada nos dias em que houve elevada carga de trabalho, ou seja, os dias com maior pontuação do NAS, e consequentemente, os dias com maior número de RN internados. Assim, verifica-se que houve, em média, a defasagem de seis profissionais na assistência em 24 horas. Resultados de pesquisas anteriores realizadas em UTIN^(15,16) ressaltam a defasagem no quantitativo de profissionais, apresentando ainda valores de média superior ao número de profissionais necessários à assistência encontrados no presente estudo.

Verificou-se também que, devido à complexidade dos RN, o mesmo número de pacientes nem sempre significou a mesma carga de trabalho e de quantitativo ideal de pessoal. O que denota que a aplicação diária do NAS realmente pode auxiliar dimensionamento da equipe de enfermagem que leve em consideração as especificidades da unidade.

Uma das principais consequências do excesso de carga de trabalho nas unidades de internação neonatais é a elevada incidência de infecção relacionada à assistência em saúde (IRAS), uma vez que essa clientela é mais susceptível a infecções e o processo de cuidar do RN é especializado e minucioso. Assim, quando há elevada carga de trabalho, a eficiência pode ser insatisfatória, abrindo espaço para ocorrência de iatrogenias.⁽¹⁸⁾

Na Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem,⁽⁴⁾ o dimensionamento do pessoal em unidade de internação é realizado por meio de uma fórmula padronizada que utiliza variáveis administrativas do setor, sendo uma delas o sistema de classificação de pacientes (SCP). Nesta Resolução são sugeridos alguns SCP confiáveis para utilização, sendo eles para público pediátrico e adulto, mas não dispo de um SCP específico para RN, o que dificulta

Tabela 3. Descrição do quantitativo de profissionais no setor, quantitativo ideal segundo o *Nursing Activities Score* e a defasagem por dia de coleta

Dias de coleta	Quantitativo de profissionais				Quantitativo de enfermeiros			Quantitativo de técnicos			Quantitativo ideal de profissionais segundo NAS*	Defasagem
	M	T	N	Total	M	T	N	M	T	N	24 horas	24 horas
1	6	6	8	20	2	3	4	4	3	4	24	4
2	6	6	5	17	2	2	4	4	4	1	23	6
3	6	6	7	19	2	3	2	4	3	5	24	5
4	6	6	7	19	2	3	2	4	3	5	24	5
5	6	6	7	19	2	3	2	4	3	5	23	4
6	7	6	6	19	4	3	4	3	3	4	30	11
7	7	6	6	19	3	3	2	4	3	4	31	12
8	7	6	6	19	3	2	2	4	4	4	28	9
9	7	6	6	19	3	3	4	4	3	2	25	6
10	6	5	6	17	3	3	2	3	2	4	24	7
11	6	6	6	18	3	2	2	3	4	4	19	1
12	7	6	6	19	2	3	2	5	3	4	24	5
13	7	6	6	19	2	3	4	5	3	2	24	5
14	7	6	6	19	3	2	4	4	4	2	25	6
15	6	6	6	18	3	2	2	3	4	4	21	3

*Realizado arredondamento dos resultados para melhor compreensão e aplicabilidade

o cálculo do dimensionamento de pessoal para unidade de internação neonatal. Um SCP específico é relevante por se tratar de um contexto com cuidados especializados e minuciosos, de característica ímpar em relação a unidades que atendem adultos ou crianças fora do período neonatal.⁽⁴⁾

O embasamento apenas em parâmetros gerais de dimensionamento pode gerar uma assistência dissonante do conceito de humanização, que foca no tratamento individualizado conforme as necessidades do paciente, bem como comprometer a segurança do paciente e a satisfação da equipe de saúde. Portanto, o NAS oferece parâmetros quantitativos mais acurados, que possibilitam dimensionamento da equipe que leve em consideração a carga de trabalho demandada por cada paciente por dia de internação.⁽¹⁵⁾

Recomenda-se, por fim, a realização de outros estudos que apliquem o NAS em unidade de internação neonatal, com possibilidade de maior conhecimento sobre o perfil assistencial de cada unidade e estudos comparativos, bem como investigações sobre a relação entre eventos indesejados da assistência e o dimensionamento real da equipe, de forma a subsidiar mobilização para mudanças de resoluções, portarias e condições de trabalho. Também são prementes estudos de adaptação e validação do NAS para assistência especializada ao RN, bem com o desenvolvimento de SCP específico para a clientela neonatal.

Uma das limitações dessa pesquisa foi o pequeno período de coleta de dados, o que leva a inferir que, com períodos mais longos, poderia ser analisada também a variação da quantidade de internações, haja vista que a unidade é referência para a região e apresenta taxa média de ocupação igual ou superior a 90% ao longo do ano.

Os resultados desse estudo inferem a necessidade de uma atenção maior na área de neonatologia, no quesito administrativo e gerencial, e subsidia outros estudos para que futuramente sejam desenvolvidos instrumentos específicos sobre o tema, a fim de proporcionar um ambiente de trabalho ideal e seguro para a assistência de enfermagem.

CONCLUSÃO

O instrumento NAS mostrou-se apropriado para a aplicação em unidade de internação neonatal, considerando-se as particularidades no cuidado com o RN. A carga de trabalho mensurada apresentou valores superiores à média do número de profissionais de enfermagem disponíveis no setor. O dimensionamento da equipe apresentou defasagem no período estudado, o que se mostrou ainda mais pronunciado nos dias com maior carga de trabalho. A carga de trabalho excessiva pode causar danos tanto para o profissional quanto para o paciente. Assim, a aplicação do NAS na unidade pode possibilitar que a instituição utilize dados acurados da carga de trabalho, o que oferece subsídios para o planejamento e dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem, a fim de minimizar danos decorrentes de assistência insegura.

Contribuições

Marina Kühnl de Rezende Soares foi responsável pela coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Gisele Hespanhol Dorigan realizou a concepção do estudo e interpretação dos dados, bem como a revisão crítica final do artigo e a aprovação da versão final a ser publicada junto com Elenice Valentim Carmona.

REFERÊNCIAS

1. Reis CL, Tavares CS, Santana CA, Menezes MO, Andrade RX, Gois RM. A interface da cultura de segurança na gestão de qualidade: um estudo bibliográfico. *Discip Sci Sér Ciênc Biol Saúde*. 2018;5(1):103-16.
2. Guse C, Gomes DC, Carvalho DR. Fatores que contribuem para a rotatividade e fidelização de profissionais de enfermagem. *Saúde Pesqui*. 2018;11(1):57-67.
3. Sousa BV, Santana RR, Santos MS, Cipriano ES, Brito CO, Oliveira EF. Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática. *Cogitare Enferm*. 2016;21(Esp):1-10.
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 543 de 18 de abril de 2017. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades das instituições de saúde e assemelhadas. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF): COFEN; 2017. [citado 2018 Nov 5]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
5. Oliveira AC, Garcia PC, Nogueira LS. Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):683-94.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução no 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): 2010 [citado 2018 Ago 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
7. Meneguetti MG, Nicolussi AC, Scarparo AF, Campos LF, Chaves LD, Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013;15(2):551-63.
8. Bochembuzio L. Avaliação do instrumento Nursing Activities Score em neonatologia [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
9. Conishi RM, Graidzinski RR. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):346-54.

10. Miranda DR, Nap R, Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score. *Crit Care Med*. 2003;31(2):374-82.
11. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (NAS) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
12. Ferreira PC, Machado RC, Martins OC, Sampaio SF. Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: comparação entre instrumentos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2):e62782.
13. Goulart LL, Aoki RN, Vegian CF, Guirardello EB. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Eletrônica Enferm*. 2014;16(2):346-51.
14. Mello MC. Carga de trabalho de enfermagem: indicadores de tempo em unidades de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva adulto [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
15. Nunes BK, Toma E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(1):[08 telas].
16. Branco LL, Beleza LO, Luna AA. Carga de trabalho de enfermagem em UTI neonatal: aplicação da ferramenta Nursing Activities Score. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2017; 9(1):144-51.
17. Teixeira FF. Dimensionamento e carga de trabalho da enfermagem em UTI pediátrica e neonatal. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.
18. Lorenzini E, Costa TC, Silva EF. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(4):107-13.

ACIDENTES DE TRABALHO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA

ACCIDENTS AT WORK IN A PUBLIC MATERNITY OF REFERENCE

ACCIDENTES LABORALES EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE REFERENCIA

Márcia Teles de Oliveira Gouveia¹

Açucena Barbosa Nunes¹

Hylda Mara Cruz de Moraes¹

Maria Carolina da Silva Costa¹

Márcia Astrês Fernandes¹

Jessica Pereira Costa¹

(<https://orcid.org/0000-0002-2401-4947>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3620-2283>)

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

(<https://orcid.org/0000-0002-8435-939X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9781-0752>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5067-6824>)

Descritores

Acidentes de trabalho;
Maternidades; Saúde do
trabalhador; Serviços de saúde

Descriptors

Accidents at work; Maternities;
Worker's health; Health services

Descriptores

Accidentes en el trabajo;
Maternidades; Salud ocupacional;
Servicios de salud

Recebido

22 de Junho de 2020

Aceito

14 de Março de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Márcia Teles de Oliveira Gouveia

E-mail: marcia06@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os acidentes de trabalho ocorridos em uma maternidade pública de referência para o nordeste brasileiro.

Métodos: Estudo transversal realizado com dados de registros de 102 profissionais acidentados em uma maternidade pública de referência. Realizou-se análise estatística descritiva e aplicou-se o teste exato de Fisher.

Resultados: O estudo apontou maior prevalência anual de acidentes de trabalho no ano de 2017 (2,44%), com predominância do sexo feminino (75,5%) e trabalhadores com 1 a 5 anos de tempo de serviço (32%). A categoria profissional mais acometida foi a de Técnico (a) de Enfermagem (38,6%); sendo mãos/dedos como as partes do corpo mais afetadas (53,6%) e os perfuro cortantes como os agentes causadores mais mencionados (48,5%).

Conclusão: Evidenciou-se a necessidade de maior investimento nas ações de educação permanente em relação à notificação e às medidas preventivas com vistas à diminuição da ocorrência dos agravos relacionados ao trabalho.

ABSTRACT

Objective: Work accidents occurred in a public reference maternity hospital were analyzed.

Methods: Cross-sectional study carried out with data from 102 injured professionals in a public reference maternity hospital. Descriptive statistical analysis and Fisher's exact test were performed.

Results: The study pointed out the highest annual prevalence of occupational accidents in 2017 (2.44%), with a predominance of females (75.5%) and workers with 1 to 5 years of service (32%). The most affected professional was the Nursing Technician (38.6%); hands / fingers were found to be the most affected body parts (53.6%) and sharp perforations as the most commonly found causative agents (48.5%).

Conclusion: There was a need for greater investment in continuing education actions in relation to notification and preventive measures with a view to reducing the occurrence of work-related injuries.

RESUMEN

Objetivo: Se analizaron los accidentes de trabajo ocurridos en una maternidad pública de referencia.

Métodos: Estudio transversal realizado con datos de 102 profesionales lesionados en una maternidad pública de referencia. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y la prueba exacta de Fisher.

Resultados: El estudio señaló la mayor prevalencia anual de accidentes laborales en 2017 (2,44%), con predominio de mujeres (75,5%) y trabajadores con 1 a 5 años de servicio (32%). El profesional más afectado fue el Técnico de Enfermería (38,6%); Se encontró que las manos / dedos eran las partes del cuerpo más afectadas (53,6%) y las perforaciones agudas como los agentes causales más comúnmente encontrados (48,5%).

Conclusión: Era necesaria una mayor inversión en acciones de educación continua en relación con la notificación y las medidas preventivas con el fin de reducir la aparición de lesiones relacionadas con el trabajo.

¹Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

Como citar:

Gouveia MT, Nunes AB, Moraes HM, Costa MC, Fernandes MA, Costa JP. Acidentes de trabalho em uma maternidade pública de referência. *Enferm Foco*. 2021;12(2):256-61.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3868

INTRODUÇÃO

Os acidentes ocupacionais dos trabalhadores da saúde trazem grande impacto na saúde pública, pois diariamente esses estão expostos aos diversos riscos da profissão, podendo ser eles: físicos, químicos, ergonômicos, psicossociais, e os biológicos que possuem maior destaque devido a constante exposição a fluidos corporais. Esses riscos advindos da execução do ofício podem resultar em doenças e agravos ocupacionais gerando até incapacidade permanente do trabalhador.⁽¹⁻²⁾

De acordo com o artigo 19 da Lei 8.213 de 24 de julho de 1991, Acidente de Trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa que provoque lesão corporal ou perturbação funcional, que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.⁽³⁾

No que diz respeito à notificação, no Brasil ela é caracterizada como compulsória e deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que constitui um instrumento relevante para orientar as estratégias de prevenção, a subnotificação desses acidentes é ainda muito frequente.⁽⁴⁾

Ademais, a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador foi estabelecida pela Portaria nº 777/ Gabinete Ministerial de 28 de abril de 2004, que definiu os acidentes, doenças e agravos a serem notificados. Em 2014 foi revisada a lista e incluída novas doenças relacionadas ao trabalho, por intermédio das Portarias nº 1.271 de 6 de junho e nº 1.984 de 12 de setembro, totalizando 11 doenças de notificação compulsória disponíveis.⁽⁵⁾

Nesse contexto, após a ocorrência de um acidente de trabalho deve ser realizado o registro por meio da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), que é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto, bem como uma doença ocupacional.⁽⁶⁾

No que concerne à doença profissional, ela é entendida como a que é produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade, e doença do trabalho é caracterizada como a que é adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente. No Brasil, foram registrados 612.632 acidentes de trabalho no ano de 2015. No Piauí ocorreram 3.772 acidentes, ocupando a 22ª posição no ranking nacional. Do total, 1.525 tinham registros com a CAT e 2.247 não tinham registros, sendo que dos acidentes registrados 958 (63%) eram típicos, 513 (34%) de trajeto e 54 (3%) doença relacionada ao trabalho.⁽⁷⁾

A ocorrência dos acidentes de trabalho, bem como as notificações de acidentes envolvendo profissionais tem

relevância por contribuir para uma possível intervenção sobre as causas e determinantes de acidentes de trabalho, além de servir de subsídio para a elaboração de estratégias de promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos relacionados ao trabalho.

Conforme o exposto elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a prevalência de acidentes de trabalho em uma maternidade pública de referência para o estado do Piauí? E como objetivo analisar os acidentes de trabalho ocorridos em uma maternidade pública de referência para o estado do Piauí.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa.

Realizada em uma maternidade pública de referência do estado do Piauí, que atende gestantes, puérperas e recém-nascidos que necessitem de atendimento de alta complexidade na capital e outras cidades do Estado. Esta é a maior maternidade do estado, com capacidade de 151 leitos obstétricos e 80 leitos neonatais. Sendo referência na rede estadual à assistência a gestante de alto risco, respondendo por 63% dos nascimentos ocorridos em Teresina, com uma média de 1200 internações por mês.

A amostra foi constituída pelos dados de registros de notificação de acidentes de 102 trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho na maternidade de referência durante o período de janeiro de 2016 a outubro de 2018.

Os dados foram coletados por meio de um formulário elaborado pelas pesquisadoras, fundamentado na literatura e na ficha de investigação de acidente da instituição, bem como na lista de agravos relacionados ao trabalho disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis pesquisadas foram às relacionadas à caracterização sociodemográfica, ocupacional, aos acidentes e ao fluxo das notificações do acidente de trabalho. Os dados foram registrados nas Fichas de Investigação de Acidentes e encontravam-se arquivadas pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) da instituição.

Os dados foram duplamente digitados e validados em uma planilha do programa Microsoft Excel, e posteriormente exportados para o *software* livre R x64 versão 3.5.1 para a análise estatística dos dados. Nas análises descritivas foram utilizadas tabelas de frequência absoluta (n), relativa (%) e frequência relativa acumulada (F%). Foram empregados também gráficos de barras. Na análise inferencial, utilizou-se o teste exato de Fisher, para verificar associação entre as variáveis que caracterizam o acidente de trabalho e o fluxo de notificação com a variável "sexo", considerando valor de $p < 0,05$.

A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Piauí sob parecer número 2.817.221 e CAAE 93348618.0.0000.5214. As etapas deste estudo atenderam à Resolução 466/2012, sendo respeitados os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

RESULTADOS

A média de idade dos trabalhadores foi de 39,4 anos e desvio-padrão de 12,9 anos, a idade mínima registrada foi 21 anos com máxima de 70 anos. Quanto ao sexo, 25 (24,5%) acidentes de trabalho ocorreram com trabalhadores do sexo masculino e 77 (75,5%) com trabalhadores do sexo feminino. Quanto as prevalências anuais dos acidentes de trabalho, no ano de 2016 a prevalência foi de 2,19%, seguida de 2,44% em 2017, uma pequena diferença percentual de 0,25% com relação ao ano anterior. O ano de 2018, comparado a 2017, caracterizado como o ano de maior ocorrência, apresentou apenas 0,51% de diferença percentual. Valendo destacar que os dados coletados eram referentes até o mês de outubro de 2018. Nota-se que houve maior frequência de acidentes entre trabalhadores com tempo de serviço de 1 a 5 anos, 24 (32%) casos, já os acidentes de trabalhadores com menos de 1 ano somam 22 (29,3%), juntos totalizam 46 (61,3%) acidentes de trabalho, ou seja, mais da metade aconteceram com trabalhadores com até 5 anos de serviço. Referente ao tipo de acidente, os mais prevalentes em ordem decrescente foram os típicos correspondendo a 93 casos (91,1%), de trajeto com 7 (6,9%) e doença do trabalho em 2 (2%) agravos (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência de acidentes de trabalho de acordo com a profissão do funcionário acidentado

Profissão do funcionário	n(%)	F%
Técnico (a) de enfermagem	39(38,6)	38,6
Enfermeiro (a)	11(10,9)	49,5
Médico (a)	9(8,9)	58,4
Serviços gerais	9(8,9)	67,3
Auxiliar de serviços gerais	3(3,0)	70,3
Copeiro (a)	3(3,0)	73,3
Assistente social	2(2,0)	75,2
Auxiliar de enfermagem	2(2,0)	77,2
Cozinheira	2(2,0)	79,2
Fisioterapeuta	2(2,0)	81,2
Marceneiro	2(2,0)	83,2
Pintor	2(2,0)	85,1
Técnica de laboratório	2(2,0)	87,1
Outras*	13(12,9)	100,0
Total	101(100,0)	100

*Outras: agente administrativo, agente operacional, dobradeira, farmacêutico, maqueiro, montador, porteiro, profissional externo, supervisora datilógrafa, supervisor da lavanderia, técnico em análises clínicas e técnico operacional.
F(%): frequência relativa acumulada.

Na tabela 1, observa-se que a profissão com maior ocorrência de acidentes de trabalho é a do técnico de

enfermagem com 39 (38,6%) casos registrados, seguida do enfermeiro 11 (10,9%), médico e serviços gerais, ambos com 9 (8,9 %) casos ocorridos, totalizando frequência acumulada de 49,5 % somente da equipe de Enfermagem, composta por enfermeiro e técnico de enfermagem.

Em relação ao local do acidente, destacam-se alas de internação como a de maior ocorrência, 20 (23,3%) casos, centro cirúrgico, 11 (12,8) e a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais com 6 (7%). Quanto aos acidentes ocorridos no deslocamento casa/trabalho e nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, ambos apresentaram 5,8% do total. Os setores de menor frequência de Acidente, com 2,3% cada, banco de leite, central de resíduos, centro de parto normal, Instituto de Perinatologia Social, laboratório, lavanderia e nutrição.

No que concerne à parte do corpo afetada nos acidentes, as mãos/dedos foram evidenciadas como as mais prevalentes, 52 (53,6%) casos, seguido de face com 9 (9,2%) e pé, braço e antebraço, ambos 6 (6,2%). Com frequências menores destacam-se: joelho, 5 (5,2%), partes múltiplas e perna com 4 (4,1%) cada, cabeça, tornozelo e pele com 3 (3,1%) cada.

Na tabela 2 é apresentada a frequência dos agentes causadores de acidentes, sejam eles perfuro cortantes, material biológico ou outros agentes.

Tabela 2. Frequência dos agentes causadores dos acidentes

Agente causador do acidente	n(%)	F%
Perfuro cortante	48(48,5)	48,5
Material biológico	15(15,1)	63,6
Mobiliário e acessórios	8(8,1)	71,7
Objeto/substância com temperatura alta	5(5,1)	76,8
Piso escorregadio/molhado/irregular	5(5,1)	81,9
Substância química	4(4,0)	85,9
Motocicleta	2(2,0)	87,9
Vidraria	2(2,0)	89,9
Insetos	2(2,0)	91,9
Outros*	8(8,1)	100,0
Total	99(100,0)	100

*Outros: automóvel, calçada irregular em via pública, carregamento de peso excessivo, corrente, escada, fio condutor de energia elétrica, iluminação inadequada, medicação.
F(%): frequência relativa acumulada.

Na tabela 2, os AT com materiais perfuro cortantes foram os mais prevalentes na instituição pesquisada, correspondendo a 48 (48,5%) da amostra, seguidos por 15 (15,1%) com material biológico e, juntos totalizando (63,6%) casos ocorridos. A Associação das variáveis de caracterização do acidente de trabalho e fluxo de notificação segundo sexo dos acidentados é apresentada na tabela 3.

Na tabela 3, pode-se observar que houve associação significativa entre sexo e exposição a agentes biológicos na ocorrência do acidente (valor de $p=0,029$). Dentre as mulheres que sofreram acidentes, 68,4% envolveram-se

Tabela 3. Associação das variáveis de caracterização do acidente de trabalho e fluxo de notificação segundo sexo dos acidentados

Variáveis	Feminino n(%)	Masculino n(%)	p-value*
Afastamento	77(100)	25(100)	
Sim	4(5,2)	1(4)	1
Não	73(94,8)	24(96)	
Avaliação médica	65(100)	24(100)	
Sim	43(66,2)	11(45,8)	0,093
Não	22(33,8)	13(54,2)	
Notificação SINAN	77(100)	25(100)	
Sim	40(51,9)	9(36,0)	0,177
Não	37(48,1)	16(64,0)	
Fichas SINAT	77(100)	25(100)	
Sim	73(94,8)	25(100)	0,57
Não	4(5,2)	0(0,0)	
Internação	77(100)	25(100)	
Sim	2(2,6)	0(0,0)	1
Não	75(97,4)	25(100)	
Acidente agente biológico	76(100)	24(100)	
Sim	52(68,4)	10(41,7)	0,029**
Não	24(31,6)	14(58,3)	
Comunicação acidente NSST	77(100)	25(100)	
Sim	73(94,8)	25(100)	0,569
Não	4(5,2)	0(0,0)	
Afastamento	77(100)	25(100)	
Sim	6(7,8)	2(8,0)	1
Não	71(92,2)	23(92,0)	
Ocorrência de morte	77(100)	25(100)	
Não	77(100)	25(100)	1
Uso EPI ou EPC	74(100)	23(100)	
Sim	46(62,2)	7(30,4)	0,009
Não	28(37,8)	16(69,6)	

* Teste exato de Fisher

em acidentes com exposição a agentes biológicos, já para os homens o percentual foi de 41,7%. Verifica-se também que o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ou Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) está associado significativamente ao sexo do profissional (valor de $p=0,009$), uma vez que 62,2% das mulheres usaram EPI ou EPC, comparado a 30,4% dos homens. Quanto à notificação compulsória no SINAN, incluindo ambos os sexos, 49 foram notificados e em 53 casos não houve notificação. Referente à notificação por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em 100% dos agravos não foi utilizada, tendo em vista não ser instituído o uso da mesma na maternidade em questão.

DISCUSSÃO

Os acidentes de trabalho na instituição pesquisada foram mais prevalentes entre as mulheres, o que corrobora com estudo realizado em um hospital público de média complexidade, localizado em um município do interior do estado de São Paulo que evidenciou a predominância de mulheres especialmente nos profissionais de enfermagem, reafirmando a predominância do gênero em profissões da área da saúde. Em contrapartida, em uma pesquisa de âmbito

nacional realizada no Brasil com trabalhadores acidentados, essa prevalência foi maior entre os homens equiparado às mulheres.^(8,9)

Portanto, é imprescindível ressaltar ações educativas de caráter permanente referente às medidas preventivas, visto que deve se promover a informação, a educação em serviço e em saúde do trabalhador e, assim, agregar elementos que qualifiquem a conduta e os comportamentos inadequados.⁽¹⁰⁾

No estudo a idade dos trabalhadores variou entre 21 e 70 anos com média de idade de 39,4 anos, possuindo menos de 5 anos de tempo de serviço. Ao se comparar com estudos nacionais temos resultados semelhantes em que mais da metade dos trabalhadores de uma instituição também possuíam menos de 5 anos de experiência na função exercida, com variação de idade entre os profissionais de 25-35 anos.⁽¹¹⁾ Entre os tipos de acidentes de trabalho, houve predomínio dos acidentes típicos, equiparado aos de trajeto e doença ocupacional. Esse baixo percentual de doença pode ser explicado por sua evolução insidiosa, o que dificulta, muitas vezes, saber se é resultante da ocupação, propriamente dita, ou é decorrente de outros fatores.

Os acidentes de trabalho ocorridos com os profissionais nesta instituição corroboram com os do estudo realizado em uma região de saúde de Minas Gerais, no qual a equipe de enfermagem era a que estava mais predisposta à ocorrência dos acidentes devido a maior exposição aos agentes biológicos e realização de procedimentos com perfuro cortantes. Destes, os técnicos de enfermagem foram os profissionais que mais se acidentaram, seguidos por enfermeiros.⁽¹²⁾

A elevada taxa de acidentes com a equipe de enfermagem está diretamente relacionada ao fato desses profissionais atuarem em contato direto com pacientes na realização de procedimentos invasivos, desconhecimento das medidas de proteção e de biossegurança. Além de comporem o maior contingente de profissionais atuantes nos hospitais, sendo a equipe composta de 80% de técnicos de enfermagem e auxiliares e 20% de enfermeiros.^(13,14)

Quanto aos locais de maior ocorrência dos acidentes destacaram-se as alas de internação e o centro cirúrgico. As enfermarias e o centro cirúrgico são apontados como locais onde frequentemente ocorrem os maiores índices de acidente de trabalho com material biológico devido aos numerosos procedimentos realizados com manuseio de instrumentos perfuro cortantes e ao grande número de pacientes assistidos.¹

As partes do corpo mais afetadas foram às mãos/dedos, seguida da face, pé, braço e antebraço. As mãos são as

partes do corpo que mais executam atividades do trabalho, sendo assim as que estão mais expostas ao risco e vulneráveis a acidentes.⁽¹⁵⁾

Com relação ao agente causador dos acidentes de trabalho destacaram-se os materiais perfuro cortantes e os materiais biológicos. Essa incidência pode estar relacionada principalmente ao manuseio de agulhas e à utilização de bisturis pelos profissionais da saúde ao administrar medicamentos por via intramuscular, venosa, punções. Os fatores que podem influenciar o desencadeamento desses acidentes são a não utilização dos EPIs ou o descarte impróprio de materiais, procedimento inadequado, mobília inadequada, falta de atenção e fadiga física, durante o desempenho das atividades laborais.^(16,17)

O estudo evidencia que a frequência dos acidentes envolvendo exposição à agente biológico, quando comparado ao sexo do acidentado, há predominância do sexo feminino. Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa conduzida a partir dos casos notificados de agravos relacionados ao trabalho disponíveis no SINAN do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Teresina no estado do Piauí, o qual demonstrou que nos acidentes caracterizados como: pneumoconioses grave, com material biológico, intoxicação exógena e LER/DRT, o sexo predominante foi o masculino, exceto em acidente com material biológico no qual predominou o sexo feminino.⁽¹⁸⁾

Com vistas à prevenção dos agravos ocupacionais, no Brasil existe a Norma Regulamentadora 32 (NR-32), que prevê o uso de EPI, capacitação profissional, vacinação, entre outras disposições para se evitar ou minimizar o erro, o que tem se mostrado pouco eficaz, pelas baixas taxas de adesão e dificuldades de fiscalização. A NR-32 passou por alteração, instituindo por meio da Portaria nº 1.748/2011 o "Plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes".^(19,20)

No que se refere ao uso de EPI, a maioria dos acidentados do sexo feminino fazia uso de EPI ou EPC no momento do acidente. Resultado semelhante foi destacado em um estudo desenvolvido em um hospital público no município de Bauru, no interior do estado de São Paulo, em que no momento do acidente, 54 (80,6%) profissionais faziam uso do EPI. Em contra posição a este achado, um estudo realizado em laboratórios de análises clínicas situados em municípios da região norte e noroeste do estado do Rio Grande do Sul, verificou que, mesmo sendo de uso obrigatório, apenas 80% dos trabalhadores utilizam EPIs da forma correta, ou seja, em tempo integral, não apenas quando se sabe que o paciente tem algum diagnóstico de doença contagiosa.^(21,22)

Portanto, embora as instituições adotem as precauções padrão como medidas de proteção aos trabalhadores, à exposição e a infecção continuam ocorrendo de maneira elevada entre os profissionais, o que pode estar associado ao fato de muitos se preocuparem mais com a assistência prestada aos usuários do que com os riscos inerentes à atividade laboral e da própria dinâmica do ambiente hospitalar, além da autoconfiança, evidenciada muitas vezes entre os trabalhadores com mais anos de experiência profissional.⁽²³⁾

Outra questão em destaque refere-se à notificação, visto que a maioria dos acidentes identificados no estudo não foi notificada no SINAN, além da não utilização da CAT na instituição. No estudo as principais justificativas para a não notificação são: a falta de conhecimento sobre como fazê-lo, o excesso de burocracia, o medo de punição pela chefia imediata e a atribuição de baixo risco ao acidente.⁽²¹⁾

Além disso, é importante ressaltar outro fator agravante, a subnotificação de acidentes de trabalho, que ocasiona um retrato impreciso da realidade e com isso, leva uma atitude de desconhecimento ou de menor atenção dos profissionais de saúde quanto à gravidade dos acidentes.⁽²⁴⁾

Diante da importância da notificação dos acidentes de trabalho, este estudo encontrou limitações devido à subnotificação da ocorrência dos acidentes de trabalho e o preenchimento incompleto da ficha do SINAN, o que resultou na perda de dados, não permitindo uma melhor análise dos recursos e a caracterização da situação dos acidentes na maternidade. Pois, a subnotificação além de impedir a definição dos principais acidentes ocorridos e suas causas, impossibilita o acompanhamento adequado pelos serviços de referência, bem como a criação de medidas educativas, preventivas, capacitações, orientações e condutas pós-exposições a determinados agentes causadores dos acidentes.

O estudo possibilitou evidenciar a prevalência de acidentes de trabalho, apresentando níveis mais elevados no ano de 2017, com ocorrência predominante no sexo feminino e em trabalhadores com menor tempo de serviço. A maioria caracteriza-se como acidentes típicos, acometendo principalmente a equipe de enfermagem, especificamente os técnicos.

CONCLUSÃO

Este estudo alcançou o objetivo de analisar os acidentes de trabalho ocorridos em uma maternidade pública de referência para o estado do Piauí. E verificou-se que a notificação tanto por meio da CAT, quanto pelo SINAN foi pouco utilizada, o que sugere maior investimento nas ações de educação permanente em relação à notificação e às medidas

preventivas com vistas à diminuição da ocorrência dos agravos relacionados ao trabalho, com enfoque no reconhecimento dos riscos ocupacionais a que os trabalhadores estão expostos e suas repercussões à saúde. Compreende-se assim, que a notificação é uma ferramenta fundamental para o conhecimento e prevenção dos acidentes de trabalho, na medida em que fornece informações sobre sua ocorrência, bem como a prevalência local, regional ou nacional, sendo reconhecida a relevância da sua utilização pelos profissionais.

CONTRIBUIÇÕES

Açucena Barbosa Nunes e Hylida Mara Cruz de Moraes: Concepção e/ou desenho do estudo; Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Açucena Barbosa Nunes e Hylida Mara Cruz de Moraes: coleta, análise e interpretação dos dados; Maria Carolina da Silva Costa e Márcia Teles de Oliveira Gouveia: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Jessica Pereira Costa e Márcia Astrês Fernandes: aprovação da versão final a ser publicada).

REFERÊNCIAS

1. Januário GC, Carvalho PC, Lemos GC, Gir E, Toffano SE. Acidentes ocupacionais com material potencialmente contaminado envolvendo trabalhadores de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2017;22(1): 1-9.
2. Aragão JA, Fontes LM, Aragão IC, Aragão FM, Reis FP. Exposição ocupacional a fluidos biológicos em acidentes com perfuro cortantes na equipe de enfermagem hospitalar. *Enferm Foco*. 2019;10(1):58-64.
3. Cavalcante CA, Medeiros SM, Mata MS, Cavalcante EF, Cavalcante ES, Oliveira LV. Accidentes de trabajo graves en Rio Grande del Norte: estudio transversal. *Online Braz J Nurs*. 2015;14 (suppl.):543-55.
4. Brasil. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 1991 Jul.
5. Santos PH, Reis LA. Subnotificação de acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(2):640-6.
6. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2018 [citado 2018 Nov 11]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/sistema-nacional-agravos-notificacao-sinan>
7. Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Comunicação de acidentes de trabalho (CAT). Brasília (DF): Ministério da Previdência Social; 2018 [citado 2018 Nov 11]. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat/>
8. Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2015. Brasília (DF): Ministério da Previdência Social; 2015 [citado 2018 Nov 11]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/aeat15>
9. Souza LS, Rocha FL, Mazza LL. Clima organizacional e ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes em um hospital público do Estado de São Paulo. *Cad Bras Ter Ocup*. 2018;26(1):85-95.
10. Malta DC, Stopa SR, Silva MM, Szwarcwald CL, Franco MS, Santos FL, et al. Acidentes de trabalho autorreferidos pela população adulta brasileira, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(1):169-78.
11. Loro MM, Zeitoune RC. Collective strategy for facing occupational risks of a nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03205.
12. Luize PB, Canini SR, Gir E, Toffano SE. Condutas após exposição ocupacional a material biológico em um hospital especializado em oncologia. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):170-7.
13. Júlio RS, Filardi MB, Marziale MH. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):119-26.
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem [internet]. Brasília (DF): COFEN; 2015. [citado 2018 Nov 24]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html
15. Cardoso NO, Ream PSF, Souza CL, Salgado TA, Júnior Galdino H, Tipple AF. Acidente com material biológico sob a ótica dos estudantes de enfermagem: reflexões para o ensino. *Enferm Foco*. 2019;10(3):2-8.
16. Franz EC, Cargnin MC. Work-related injuries notified in the worker health information System. *Cogitare Enferm*. 2018;(23)2:e52345.
17. Silva Neto JP, Alexandre SM, Sousa MN. Acidentes de trabalho e subnotificações: estudo com enfermeiros atuantes na atenção terciária. *Ciênc Desenvolv*. 2014;7(2):219-31.
18. Rezende LC, Leite KN, Santos SR, Monteiro LC, Costa MB, Santos FX. Acidentes de trabalho e suas repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem. *Rev Baiana Enferm*. 2015;29(4):307-17.
19. Tavares AS, Veloso LU, Silva IC, Sousa LR, Sousa GA. Characterization of work related disorders. *Rev Enferm UFPE*. 2016; 10 (7):2564-71.
20. Sousa AF, Queiroz AA, Oliveira LB, Moura ME, Batista OM, Andrade D. Social representations of biosecurity in nursing: occupational health and preventive care. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):810-7.
21. Lima KM, Canela KG, Teles RB, Melo DE, Belfort LR, Martins VH. Gestão na saúde ocupacional: importância da investigação de acidentes e incidentes de trabalho em serviços de saúde. *Rev Bras Med Trab*. 2017;15(3): 276-83.
22. Barbosa AS, Diogo GA, Salotti SR, Silva SM. Subnotificação de acidente ocupacional com materiais biológicos entre profissionais de Enfermagem em um hospital público. *Rev Bras Med Trab*. 2017;15(1):12-7.
23. Rigo AH, Fontana RT. Educação para a biossegurança em laboratórios de análises clínicas. *Trab Educ*. 2018; 27(1):179-93.
24. Santos EI, Gomes AMT, Marques SC. Acidentes ocupacionais biológicos e práticas protetoras evidenciados nas representações sociais de enfermeiros sobre sua vulnerabilidade. *Rev Baiana Enferm*. 2015;29(4): 391-9.
25. Afra NF, Lopes JA, Abreu IM, Costa JP, Gouveia MT, Araújo OD. Notificações de acidentes ocupacionais com material biológico em um hospital público. *Int J Dev Res*. 2019;9(8):29295-300.

REDE DE APOIO E SUSTENTAÇÃO DE PACIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA

SUPPORT NETWORK AND SUSTENANCE OF PATIENTS WITH THE METABOLIC SYNDROME

RED DE APOYO Y SUSTENTO DE LOS PACIENTES CON EL SÍNDROME METABÓLICO

Andriara Canêz Cardoso¹

Fernanda Demutti Pimpão Martins¹

Matheus Souza Silva¹

Paula Pereira de Figueiredo¹

Wagner Pinto de Pinto¹

(<https://orcid.org/0000-0002-1590-7057>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6821-641X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8159-0687>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1875-7357>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5140-6970>)

Descritores

Apoio social; Síndrome metabólica;
Doença crônica; Assistência à
saúde

Descriptors

Social support; Metabolic
syndrome; Chronic disease; Delivery
of health care

Descriptores

Apoio social; Síndrome metabólico;
Enfermedad crónica; Prestación de
atención de salud

Recebido

29 de Maio de 2020

Aceito

17 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

manuscrito extraído da monografia
de conclusão de residência,
intitulada "Rede de apoio e
sustentação de pacientes com
síndrome metabólica", 2020,
programa de Residência Integrada
Multiprofissional Hospitalar
com ênfase na Atenção à Saúde
Cardiometabólica do Adulto
- RIMHAS, apresentada na
Universidade Federal do Rio Grande.

Autor correspondente

Andriara Canêz Cardoso

E-mail: andriaraccardoso@gmail.com

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo conhecer a rede de apoio e sustentação de pacientes com síndrome metabólica, atendidos no ambulatório especializado de um hospital universitário no extremo sul do Brasil.

Métodos: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com 33 pacientes com síndrome metabólica, mediante entrevista individual semiestruturada, no primeiro semestre de 2019. Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo.

Resultados: A maioria dos participantes tinha idade entre 50 e 74 anos, era do sexo feminino, cor branca. Foram identificadas três categorias: I - Rede de apoio e sustentação no dia-a-dia: as pessoas que ajudam sempre de maneira mais próxima, formada pela família, vizinhos e profissionais de saúde que os acompanham; II - Rede de apoio e sustentação diante de intercorrências de saúde: estratégias e fluxo que os pacientes buscam ao enfrentar as intercorrências; e III - Rede de apoio e sustentação para acompanhamento no ambulatório especializado: relações e fluxo do serviço.

Conclusão: A rede de apoio e sustentação demonstrou ser essencial para a manutenção e continuidade do tratamento. Contudo, é necessário maior esclarecimento dos pacientes quanto ao funcionamento dos serviços, desde a atenção básica ao atendimento especializado.

ABSTRACT

Objective: This research aims to know the support network and sustenance of patients with the metabolic syndrome seen in the specialized outpatient clinic of a Hospital university in the south of Brazil.

Methods: It is a qualitative, descriptive, and exploratory research, realized in 33 patients with metabolic syndrome, through - individual and semi-structured interviews in the first semester of 2019. The data were analyzed through the Thematic Analysis of Content.

Results: The majority of the participants were about 50 and 74 years old, female, white color. In the research three categories were identified: I - Support network and sustenance on daily basis: people who always help in a closer way, formed by family, neighbors, and healthcare professionals who accompany them. II - Support network and sustenance in the face of health complications: strategies and flow that the patients seek to find when facing some complications, and III - Support network and sustenance to attendance in the specialized outpatient clinic: service relations and flow.

Conclusion: The support network and sustenance has proved to be essential to the maintenance and continuity of the treatment. However, it is necessary a further clarification of the patients in relation of the functioning of the services, since basic attention to the specialized care.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tenía como objetivo conocer la red de apoyo de los pacientes con síndrome metabólico tratados en la clínica ambulatoria especializada de un hospital universitario en el extremo sur del Brasil.

Métodos: Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado con 33 pacientes con síndrome metabólico, mediante entrevista individual semiestruturada en el primer semestre de 2019. Los datos fueron analizados a través del Análisis de Contenido Temático.

Resultados: La mayoría de los participantes tenían entre 50 y 74 años, eran mujeres, blancas. Se identificaron tres categorías: I - Red de apoyo y soporte en la vida cotidiana: personas que ayudan siempre de forma más cercana, formadas por familiares, vecinos y profesionales de la salud que les acompañan; II - Red de apoyo y soporte ante las intercorrencias sanitarias: estrategias y flujo que buscan los pacientes ante las intercorrencias; y III - Red de apoyo y soporte para el seguimiento en la consulta externa especializada: relaciones y flujo del servicio.

Conclusión: La red de apoyo y respaldo ha demostrado ser esencial para el mantenimiento y la continuidad del tratamiento. Sin embargo, es necesario aclarar a los pacientes sobre el funcionamiento de los servicios, desde la atención básica hasta la atención especializada.

¹Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Como citar:

Cardoso AC, Martins FD, Silva MS, Figueiredo PP, Pinto WP. Rede de apoio e sustentação de pacientes com síndrome metabólica. *Enferm Foco*. 2021;12(2):262-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3926

INTRODUÇÃO

Evidências sugerem elevada prevalência de Síndrome Metabólica (SM) na população adulta e idosa no Brasil. Isso suscita a necessidade de fortalecimento de políticas públicas de promoção de saúde, a fim de favorecer a adoção de comportamentos saudáveis.⁽¹⁾ Segundo a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes,⁽²⁾ a SM representa um grupo de fatores de risco cardiometabólicos que “incluem obesidade central combinada com elevação da pressão arterial, glicemia de jejum e triglicerídeos, além de redução da lipoproteína de alta densidade (HDL)”. Essa definição enfatiza o fato de que não é necessário ter hipertensão ou diabetes como critérios de síndrome metabólica, mas apenas elevação da pressão arterial e aumento da glicemia (acima de 100 mg/dl).

Um importante fator de risco para a síndrome é o excesso de peso, que é diagnosticado quando o índice de massa corporal (IMC) alcança valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto a obesidade é diagnosticada com valor de IMC igual ou superior a 30 kg/m². Estudo realizado nas 27 capitais do Brasil estima que a frequência de excesso de peso é de 54,0%, sendo maior entre os homens (57,3%). Quanto à faixa etária, a frequência da obesidade foi menor nos adultos com até 34 anos de idade, e quanto à escolaridade, a frequência de obesidade diminui de forma acentuada com o aumento da escolaridade, principalmente entre as mulheres. Outro fator de risco importante é o hábito alimentar inadequado, sendo a frequência de adultos que consomem regularmente frutas e hortaliças de 34,6%, menor em homens (27,8%) do que em mulheres (40,4%).⁽³⁾

Observando a importância desses fatores de risco e a morbimortalidade causada por eles,⁽⁴⁾ o manejo e acompanhamento dos pacientes portadores da SM precisa ser planejado individual e integralmente, abordando aspectos biopsicossociais, cujo tratamento multiprofissional é fundamental.

Nessa rede de cuidados multiprofissionais se inserem, além dos profissionais, núcleos de apoio como a família, amigos e comunidade; considerados fundamentais para a sustentação do paciente com SM. A família é o cerne do cuidado ao paciente, independente das diferenças culturais e da forma de aceitar/viver com a doença. Percebe-se que a família se mobiliza para vivenciar este momento, enfrentar os problemas que se relacionam diretamente com a dinâmica familiar e, a partir disso, são criadas estratégias para conviver com a doença e aceitar as perdas decorrentes.^(5,6)

Portanto, tendo em vista a importância do suporte a esses pacientes, observada no curso de especialização *lato sensu*, na modalidade residência, surgiu a ideia desse estudo, que tem como objetivo conhecer a rede de apoio e sustentação de pacientes com síndrome metabólica,

atendidos em um ambulatório especializado de um hospital universitário no extremo sul do Brasil.

MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa.

A pesquisa foi realizada em um ambulatório especializado, situado em um hospital universitário no extremo sul do Brasil. Neste ambulatório são atendidos pacientes diabéticos e/ou com outras comorbidades (hipertensão, nefropatia ou cardiopatia), encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou após alta hospitalar, até estarem aptos para acompanhamento apenas na Unidade Básica de Saúde (UBS). O atendimento multiprofissional é realizado por profissionais de saúde (cardiologistas, nefrologistas, endocrinologistas, oftalmologistas, nutricionistas, psiquiatras, médicos clínicos, educadores físicos, psicólogas), enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem), residentes (medicina, educação física, psicologia e enfermagem) e estudantes de graduação em medicina.

A pesquisa foi realizada com 32 pacientes que estavam em acompanhamento ambulatorial e preenchiam os critérios de inclusão: adultos maiores de 18 anos; com SM há pelo menos 1 ano; com condições de falar e capacidade de se expressar. Foram excluídos pacientes com distúrbio visual, auditivo e/ou comprometimento cognitivo grave, atestado por médico.

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista gravada em áudio, em um consultório reservado, localizado no ambulatório do hospital, agendada previamente, conforme disponibilidade de cada participante. A seleção foi intencional e voluntária, durante atendimento de rotina. A entrevista foi guiada por um roteiro semiestruturado, contemplando o perfil sociodemográfico, a estrutura das redes de apoio e sustentação, tipo de vínculo com o serviço e a organização dessas redes. Para encerramento da coleta de dados foi utilizado o critério de saturação dos dados, sendo entrevistados pacientes até que os dados se tornassem repetitivos.⁽⁷⁾ O período de coleta de dados foi entre 25 de junho a 26 de setembro de 2019.

Após a coleta, os dados foram transcritos e analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo de Bardin,⁽⁸⁾ a qual pressupõe uma leitura aprofundada do material coletado, com foco em um tema e, através desta, pode-se compreender nos discursos, a complexidade e representatividade. Em seguida, os dados foram agrupados em categorias, de acordo com as semelhanças e diferenças das falas dos participantes e assim discutidos à luz do referencial existente acerca da rede de apoio e sustentação.^(9,10)

Foram respeitados os princípios éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, previstos na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS), da instituição sede da pesquisa, sob o nº131/2019. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar o anonimato dos participantes eles foram identificados pela letra "E" de entrevistado, seguido do número sequencial de realização da entrevista. CAAE: 13670419.0.0000.5324.

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica, clínica e as variáveis referentes ao histórico de uso de tabaco, álcool e substâncias psicoativas estão descritas na tabela 1. Constatou-se que todos os participantes residem no município de Rio Grande/RS. A maioria (28) utiliza, às vezes, os serviços nas unidades básicas de saúde com as seguintes finalidades: pegar insulina, fita e/ou medicação; realizar vacinação; participar de grupo HiperDia; verificar Pressão Arterial (PA) e Glicemia Capilar (HGT); consultar com clínico geral; renovar prescrições médicas e participar de grupos de atividade física. Parte dos participantes (21) precisaram recorrer, em algum momento, aos hospitais da cidade por motivos variados, desde problemas agudos a complicações que precisaram de intervenção cirúrgica.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, clínica, histórico de uso de tabaco, álcool e substâncias psicoativas dos pacientes com Síndrome Metabólica, atendidos em um ambulatório especializado de um hospital universitário

Variáveis	n(%)
Sexo	
Feminino	26(81,25)
Masculino	6(18,75)
Idade	
30 a 39	1(3,12)
40 a 49	3(9,37)
50 a 59	9(28,12)
60 a 69	16(50,0)
70 a 74	3(9,37)
Cor autorreferida	
Branca	23(71,87)
Negra	5(15,62)
Outras	4(12,5)
Estado civil	
Casado (a) /União Estável	15(46,87)
Solteiro (a)	7(21,87)
Divorciado (a)	6(18,75)
Viúvo (a)	4(12,5)
Escolaridade	
Fund. incompleto	18(56,25)
Fund. completo	3(9,37)
Méd. incompleto	2(6,25)
Méd. completo	8(25,0)
Sup. completo	1(3,12)

Continua...

Continuação.

Variáveis	n(%)
Ocupação	
Do lar	12(37,5)
Aposentado (a)	11(34,37)
Outros	9(28,12)
Renda Familiar*	
Até 1 salário mínimo	17(53,12)
2 a 3 salários mínimos	12(37,5)
Acima de 4 salários mínimos	2(6,25)
Sem renda nenhuma	1(3,12)
Número de pessoas que residem com os participantes	
Nenhuma	7(21,85)
1	12(37,5)
2	6(18,75)
3 ou mais	7(21,87)
Dependentes da renda	
Nenhuma	1(3,12)
1	13(40,62)
2	9(28,12)
3 ou mais	9(28,12)
Comorbidades	
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	22(68,75)
Hipertensão arterial	20(62,5)
Dislipidemia	6(18,75)
Depressão	4(12,5)
Outras doenças	18(56,25)
Uso de tabaco	
Fumantes ativos	2(6,25)
Não fumam no momento	30(93,75)
História de uso de tabaco	
Já fumaram em algum momento	15(46,87)
Uso de álcool	
Nenhum	22(68,75)
1 vez por semana	2(6,25)
1 vez por mês	7(21,87)
1 vez a cada alguns meses	1(3,12)
Uso de substâncias psicoativas	
Nunca fez uso	32(100)
Tempo de acompanhamento no ambulatório	
1 a 5 anos	16(50,0)
6 a 10 anos	8(25,0)
11 a 15 anos	3(9,37)
16 a 20 anos	3(9,37)
Mais que 20 anos	2(6,25)

*Valor do salário mínimo em 2019 R\$998,00. Fonte: Decreto nº 9.661, de 1º de janeiro de 2019. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, 1º de janeiro de 2019

A partir da análise das falas foram identificadas três categorias, apresentadas na figura 1.

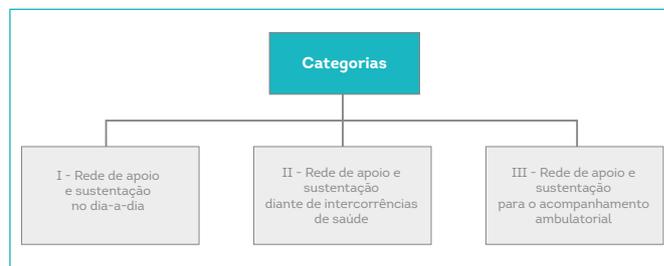


Figura 1. Categorias identificadas no estudo

I - Rede de apoio e sustentação no dia-a-dia

Os participantes relataram atividades de cuidado que necessitam ser realizadas de maneira autônoma, devido

à burocracia imposta pelo poder público, como o cadastramento da farmácia popular. Por outro lado, também se identificou a preferência por manter a independência, ainda que haja a opção de chamar algum familiar:

[...] eu vou na farmácia e pego as medicações, porque geralmente os remédios que a gente pega é do governo. Então tem que ser a gente mesmo para pegar, não pode ser terceiros para pegar. (E10)

[...] eu mesma cuido dos meus remédios, quando eu preciso ir no médico eu mesma vou. Meu marido até me acompanha quando precisa [...]. (E33)

Para conseguir cumprir as tarefas cotidianas de autocuidado, criam estratégias e rotinas para facilitar, como lembretes acerca dos medicamentos:

[...] não, eu mesmo que me oriento. Eu aponto tudo, como eu esqueço muito, a ordem que tem que tomar, eu faço apontamentos para não esquecer [...]. (E20)

Entretanto, alguns integrantes da família facilitam e apoiam o cuidado do paciente, sendo os cônjuges os que mais se destacaram, seguidos dos filhos (as), irmãos (as) e noras.

[...] sim, meu marido. Ele verifica a pressão e faz o teste de açúcar, tudo que ele pode. Minha nora, minha filha... familiares. (E32)

[...] minha filha que compra minha medicação, eu tenho ajuda financeira dela também [...]. (E05)

[...] eu tenho conversado muito com o meu irmão... eu tive um apoio... me ajudou bastante. (E14)

[...] se eu precisar internar ou ir no médico, alguém sempre vai comigo, meu filho, meu marido, as minhas noras [...]. (E10)

Também foram evidenciados cuidados relacionados à alimentação e ao déficit visual, realizados pela família e, em alguns casos, por funcionários contratados.

Meu marido sabe o que eu posso comer, o que eu não posso, quando ele está na cozinha, então, ele evita algumas coisas. (E22)

[...] a minha neta também não deixa eu comprar coisas que eu não possa comer. (E24)

[...] meu sobrinho vai lá em casa ver como eu estou [...]. (E19)

[...] meu filho me cuida, tem a guria que trabalha na minha casa que me cuida também [...]. (E23)

II - Rede de apoio e sustentação diante de intercorrências de saúde

Dentre as intercorrências citadas destacam-se: pressão arterial alterada, crise de asma, pneumonia, hemorragia vaginal, acidente vascular encefálico, infarto, crise de ansiedade, hiperglicemia, dispneia e mal-estar. Durante as intercorrências, a maioria procura o pronto atendimento do hospital universitário, enquanto optam por aguardar a consulta com os profissionais do ambulatório, a fim de evitar percorrer diversos serviços de saúde.

[...] geralmente eu venho no pronto atendimento do hospital, porque aqui eu já tenho uma pasta, então, qualquer coisa eles pegam a pasta e veem melhor que eu. (E04)

[...] e fico quietinha dentro de casa e espero a consulta aqui no ambulatório. (E31)

Alguns participantes não têm interesse de acompanhamento em outros serviços; entretanto, aqueles que optam pela atenção primária, demonstram conhecer a dinâmica das redes de atenção à saúde, visualizando a UBS como porta de entrada. Planos de saúde e convênios foram pouco referidos:

[...] eu vou no postinho, mas fora das coisas que eu faço aqui, eu não procuro médico, porque tenho acompanhamento aqui [ambulatório] [...]. (E20)

[...] procuro o posto, quase sempre que a gente fica doente é à noite, vamos para o Pronto Atendimento 24h, mas se caso dá para esperar até o outro dia e a gente conhece a doutora que está atendendo ali no postinho, aí ele (marido) vai para a fila e tira uma ficha para mim lá no posto de saúde [...]. (E22)

[...] no pronto socorro, pronto atendimento ou então no meu plano. (E27)

Diante de intercorrências de saúde, os entrevistados também fazem uso da rede de suporte formada pelos familiares e vizinhos, acionada pelo vínculo afetivo, cumplicidade e/ou por residir próximo.

[...] eu busco o pronto atendimento e eu chamo o meu filho. Ano passado eu me senti mal e minha vizinha me levou no posto de saúde [...]. (E29)

[...] É sempre essa minha filha que corre comigo para cima e para baixo [...]. Vizinhos bons também [...] se eu adoecer estão ali prontos para 'me dá a roupa que eu lavo, me dá isso que eu faço' [...]. (E05)

[...] eu conto com um casal de vizinhos há muitos anos, eles são uns anjos da minha vida, me levaram no posto 24hs [...]. (E11)

Alguns procuram meios de locomoção, como motos e táxi, com o propósito de chegar até o serviço de saúde, enquanto outros optam pela automedicação.

[...] acho um táxi... uma moto pra me levar [...]. (E02)

[...]procuro tomar um chá [...]. (E10)

[...] o meu estojo de remédios, se não funciona aí eu venho procurar ajuda num posto de saúde [...]. (E12)

III - Rede de apoio e sustentação para o acompanhamento ambulatorial

Entre os profissionais que fazem o acompanhamento de rotina no ambulatório, as especialidades mais mencionadas foram: cardiologia, endocrinologia, oftalmologista, serviço de reabilitação física, nefrologista, nutricionista, psiquiatra, psicóloga e dentista, sendo o acompanhamento realizado por mais de uma especialidade. Uma das vantagens para os pacientes do ambulatório é que eles conseguem ser encaminhados por outras especialidades dentro do próprio serviço, caso seja avaliada a necessidade pelo médico assistente.

[...] é uma lista, endocrinologista, cardiologista, nutricionista, psicóloga. (E15)

[...] sempre aqui com a endócrino, e com a nefrologista... agora mesmo, agosto eu tenho oftalmologista, sempre com os médicos daqui, encaminhamento que a endócrino me passa [...]. (E07)

Outras áreas como enfermagem, psicologia, reabilitação física, nutricionista e cardiologista foram citadas como atendimentos prestados, mas que não estavam sendo utilizados pelos pacientes no momento da pesquisa, visto que o atendimento é direcionado às necessidades individuais.

[...] professor de educação física, mas não foi para ele... só para ele me dar um atestado para eu ir para academia. Porque aqui são os mais graves, que tem riscos de ter infarto, alguma coisa assim. (E09)

Há demora para marcar o retorno, apesar de conseguirem realizar a consulta. Por vezes, há mudança no fluxo de marcação de consultas. Pacientes que passam longos períodos sem procurar atendimento sentem dificuldade até se

familiarizarem novamente. Outros descrevem com clareza o fluxo do serviço ambulatorial.

[...] a gente vai lá embaixo e se não tem no dia, fica telefonando para ver se abriu a agenda, precisa levar o retorno do doutor. (E25)

[...]às vezes demora pra conseguir uma consulta, porque estão de férias, porque a agenda está fechada, mas sempre... demora um pouco, mas a gente consegue. (E12)

[...]teve uma vez que eu passei mais de 6 meses que eu não conseguia marcar consulta [...]. (E22)

[...] os médicos que decidem, de 3 em 3 meses, de 4 em 4 meses, conforme eles acham que precisa. Antigamente era aqui, agora é lá no agendamento. Marco lá, e geralmente já marco os exames que eles dão, às vezes leva um mês para marcar, depende da agenda. (E15)

Poucos precisaram de acesso rápido ao serviço do ambulatório fora da rotina de agendamento, mas aqueles que necessitaram foram atendidos.

[...] sim, consegui. Quando eu descobri que estava grávida eu vim falar com a cardiologista e ela me atendeu [...]. (E26)

[...]Jeu estava com dor nesse braço e fui levada pela enfermeira lá embaixo (Pronto Atendimento). Então eu não tenho queixa, se eu tiver com alguma coisa eu venho nas enfermeiras [...]. (E10)

[...] eu me acidentei, saltou uma peça dentro do olho e cortou, vim e me atenderam. Fui no pronto atendimento e depois vim aqui por minha conta, eu já consulto aqui, eles me atenderam, quase que na hora [...]. (E04)

No tocante aos exames, são realizados no próprio hospital e, em geral, marcados para estarem prontos próximo da data da consulta. Por isso, o tempo de realização é variável, permitindo que o médico tenha acesso aos resultados de exames atualizados.

[...] aqui mesmo, no hospital. No laboratório, todos os exames que eles [pedem] eu faço aqui no hospital, sou muito bem atendida [...]. (E20)

[...] O exame vai direto para a pasta da gente. (E24)

[...]de sangue é rápido, um mês, um mês e pouco [...]. (E13)

[...] cada vez que eu venho tenho que trazer exames já prontos, perto da consulta. Eles agendam para mais

perto, próximo, porque uma vez eles marcaram bem antes a médica ficou braba que os exames estavam muito antigos [...]. (E08)

DISCUSSÃO

Pessoas com doenças crônicas requerem cuidado humanizado e efetivo, que pode ser obtido por meio de apoio social. Este pode ser um instrumento transformador do processo saúde-doença e inclui o próprio indivíduo e demais membros da sociedade (familiares, amigos, vizinhos, grupos religiosos, profissionais de saúde e do serviço social, estudantes, entre outros).⁽¹¹⁾ No referente estudo, verifica-se como principais redes de apoio e de sustentação o núcleo familiar e de amigos/vizinhos; os serviços de atenção básica e o próprio ambulatório.

No que tange à família, à medida que ela pode influenciar o portador de SM a interação entre ambos se torna fundamental para ajudar no cuidado. A exemplo disso cita-se a questão alimentar do paciente, que frequentemente requer restrições e exige da família maior adaptação. No entanto, na realidade brasileira, as famílias são grandes e vivem com poucos recursos financeiros, tornando as mudanças alimentares um desafio.⁽⁶⁾

Para um tratamento efetivo, é fundamental estimular relacionamentos saudáveis, com pessoas que motivem o paciente a se cuidar, tendo em vista que a SM pode trazer perda de autonomia, exigindo assim respaldo e acolhimento da família na elaboração de estratégias para adaptação a uma nova situação.⁽⁶⁾ Outros recursos que famílias e/ou redes de apoio e sustentação podem utilizar incluem a psicoeducação; os grupos de apoio; a psicoterapia; as terapias integrativas e complementares e as próprias políticas públicas de saúde. Eles poderão estimular a autonomia; trabalhar questões fundamentais ao paciente, como valores de vida e a influência da SM na execução de seus objetivos; além de estimular sua capacidade cognitiva. Tendo ainda por finalidade, empoderar e conscientizar o portador de SM sobre sua condição, bem como, de que maneira poderá agir para manter sua qualidade de vida.

O estresse avançado em portadores de doença crônica tem associação com a falta de apoio social. Por outro lado, quanto maior o apoio relacionado à interação social, mais resilientes esses pacientes se tornam.⁽¹²⁾ Assim, pode-se entender que ter uma rede de apoio é fundamental, pois se trata de um suporte amortecedor frente a eventos estressantes, podendo influenciar positivamente o tratamento da SM.

O apoio da rede de suporte, formada por familiares e vizinhos, mostrou-se relevante nesse estudo. Por isso,

sugere-se que os profissionais de saúde estendam sua coleta de informações para as redes informais de apoio aos pacientes. É preciso que esses profissionais olhem com atenção, não só as redes familiares presentes na vida dos indivíduos, mas também, outros representantes, como instituições religiosas ou a rede de amigos e vizinhos.⁽¹³⁾ Valorizar essas redes e vínculos pode ser uma estratégia para a assistência efetiva, capaz de melhorar a qualidade de vida, tanto no domínio físico como no psicológico.⁽¹³⁾

Portadores de SM podem ter maior utilização de serviços de saúde; por isso, é fundamental conhecer como acontece esse processo, visando reduzir barreiras de acesso e orientar a elaboração de políticas de saúde, no sentido de promover equidade no alcance de recursos e planejar o fluxo, a fim de que tenham referência e contra referência.⁽¹⁴⁾

No que se refere à atenção básica, manter programas específicos aos portadores de SM é uma possibilidade de alcançar acesso universal, bem como, coordenar e expandir a cobertura de cuidados para níveis mais complexos.⁽¹⁵⁾ Neste contexto, as unidades básicas de saúde se mostraram uma importante porta de entrada para as necessidades de saúde dos participantes da pesquisa, principalmente, durante intercorrências. As metas de atendimento a esses pacientes visam melhorar o seu estado funcional, minimizar os sintomas e prolongar a vida com qualidade.⁽¹⁵⁾

No que se refere ao atendimento ambulatorial especializado, esse estudo constatou que o acompanhamento multiprofissional facilita o encaminhamento para outras áreas dentro do próprio serviço, quando necessário, demonstrando resolutividade.⁽¹⁶⁾ Outro ponto positivo do serviço ambulatorial, destacado pelos entrevistados, refere-se a grande efetividade no agendamento de exames laboratoriais, conforme data da consulta, permitindo resultados atualizados para o profissional avaliar.

Por outro lado, foram relatadas dificuldades para usar o serviço, tais como: demora para agendamento das consultas; tempo de espera de acordo com a disponibilidade da agenda médica; mudança no fluxo de marcação de consultas, o que deixa os pacientes confusos e perdidos. Isto evidencia a importância de os mesmos conhecerem os fluxos de atendimento e a organização do processo de trabalho.

De fato, diversos fatores afetam a qualidade do serviço de saúde, desde aspectos de planejamento da gestão pública, o excesso de burocracia, a descentralização, as dificuldades financeiras, a pouca participação popular e a complexidade que envolve o trabalho multiprofissional, somados aos desafios de garantir os princípios do SUS. Para que os gestores possam enfrentar esses problemas, são fundamentais informações de natureza técnico-científica e

político-institucional, capazes de subsidiar a elaboração de programas e projetos com potencial de qualificar os serviços de saúde e, conseqüentemente, melhorar o estado de saúde da população.⁽¹⁷⁾

As limitações dessa pesquisa referem-se ao tipo de estudo, que por ser qualitativo, foi realizado somente com pacientes com SM de um serviço de saúde. Portanto, as redes de apoio e sustentação foram identificadas a partir da ótica desse público.

A compreensão da rede de apoio e sustentação dos pacientes com SM pode auxiliar a enfermagem a direcionar os pacientes no tratamento e na manutenção dos cuidados com a sua saúde. Espera-se que esses resultados contribuam com trabalhos futuros, visando o desenvolvimento de estratégias de cuidado aos pacientes com SM, englobando suas redes de apoio. Outros estudos podem ser feitos com as redes de apoio e sustentação identificadas, bem como, com as redes de atenção à saúde que atendem a esse público.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, identificou-se que a rede de apoio e sustentação de pacientes com SM de um hospital universitário no extremo sul do Brasil é formada pela família, vizinhos e profissionais de saúde que os acompanham. O apoio e suporte vão desde cuidados, como lembrar de tomar os remédios, transporte e bem-estar, até alimentação, provenientes de familiares, amigos, vizinhos. O apoio profissional é evidenciado pela segurança que os pacientes têm na assistência e orientações fornecidas. Em alguns momentos, a fragilidade do suporte dessas redes, aliada à falta de conhecimento

sobre o processo saúde-doença por parte dos participantes, exige dos profissionais uma melhor abordagem da educação em saúde. Diante de intercorrências de saúde os pacientes costumam procurar serviços da rede básica ou o ambulatório, demonstrando conhecimento acerca da organização dos serviços de saúde, portas de entrada e fluxos de atendimento. Enquanto alguns evidenciam o serviço como resolutivo, outros identificam dificuldades referentes ao acesso, agendamento, demora de consultas e realização de exames. Por fim, conhecer as redes de apoio e sustentação de pacientes com SM permite planejar uma assistência multiprofissional com foco no empoderamento deles, visando melhorar sua qualidade de vida, evitando intercorrências de saúde e, conseqüentemente, internações hospitalares.

Contribuições

Andriara Canêz Cardoso: 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. Fernanda Demutti Pimpão Martins: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Matheus Souza Silva: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Paula Pereira de Figueiredo: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Wagner Pinto de Pinto: 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. Ramires EK, Menezes RC, Longo-Silva G, Santos TG, Marinho PM, Silveira JA. Prevalence and Factors Associated with Metabolic Syndrome among Brazilian Adult Population: National Health Survey - 2013. *Arq Bras Cardiol.* 2018;110(5):455-66.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. SBD; 2017 [citado 2021 Jun 10]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2017 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017* [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2019 [citado 2021 Jun 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf
4. Ferreira ME. Síndrome metabólica e doenças cardiovasculares: do conceito ao tratamento. *Arq Catarineses Med.* 2016;45(4):142-288.
5. Azevedo PA, Modesto CM. A (re) organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. *Saúde Debate.* 2016;40(110):183-194.
6. Brotto AM, Guimarães AB. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicol Hosp.* 2017;15(1):43-68.
7. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1):17-27.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LFS. Redes para o cuidado tecidas por idosa e família que vivenciam situação de adoecimento crônico. *Rev Min Enferm.* 2014;18(2):346-55.
10. Souza IP, Bellato R, Araújo LF, Almeida KB. Genograma e ecomapa como ferramentas para compreensão do cuidado familiar no adoecimento crônico de jovem. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(4):e1530015.
11. Guedes MB, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis.* 2017; 27(4):1185-204.

12. Malagris LE. Stress, resiliência e apoio social em indivíduos com hipertensão e diabetes mellitus. *Rev Psicol Santiago*. 2019;28(1):56-68.
13. Faquinello P, Marcon SS. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1345-52.
14. Malta DC, Bernal RT, Lima MG, Araújo SS, Silva MM, Freitas MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(Suppl 1):4s.
15. Azevedo AL, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1774-82.
16. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, Siqueira FC, Piccini RX, et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2594-606.
17. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *Rev Gest Saúde*. 2015;4(1):1-10.

RELAÇÃO DO LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE COM A INSUFICIÊNCIA RENAL EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

RELATIONSHIP OF FUNCTIONAL LETTERING IN HEALTH WITH RENAL INSUFFICIENCY IN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

RELACION DE LETRAS FUNCIONALES DE SALUD CON INSUFICIENCIA RENAL EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

Jair Luiz dos Santos Júnior¹
 Marta Regina Chaves Camilo²
 Isabel Cristina Ramos Vieira Santos²
 Marília Araújo Santana Rosas¹
 Jullyane Rebeca Rodrigues da Silva¹
 Lillian Katiússia Araújo de Medeiros¹
 Jéssica Naylla de Melo Bezerra¹
 Givaneide Oliveira de Andrade Luz¹

(<https://orcid.org/0000-0001-7390-5773>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-8068-9113>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-5458-4334>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-1029-5602>)
 (<https://orcid.org/0000-0001-6944-5188>)
 (<https://orcid.org/0000-0001-7093-6566>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-1358-9024>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-2921-5078>)

Descritores

Letramento em saúde; Taxa de filtração glomerular; Insuficiência renal crônica; Educação em saúde; Enfermagem em nefrologia

Descriptors

Health literacy; Glomerular filtration rate; Renal insufficiency chronic; Health education; Nephrology nursing

Descriptores

Alfabetización en salud; Tasa de filtración glomerular; Insuficiencia renal crónica; Educación en salud; Enfermería en nefrologia

Recibido

30 de Maio de 2020

Aceito

5 de Março de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Jair Luiz dos Santos Júnior
 E-mail: jairluizsj@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre o letramento funcional em saúde e a diminuição da capacidade da função renal de pessoas com diabetes mellitus atendidas em uma unidade de referência em saúde do estado de Pernambuco.

Métodos: Estudo descritivo de corte transversal com uma abordagem quantitativa, a amostra foi de 70 participantes, que se submeteram à avaliação do nível de letramento funcional em saúde, através do questionário *Brief Test of Functional Health Literacy in Adults* (B-TOFHLA), e à mensuração da taxa de filtração glomerular estimada. Foram utilizados os testes estatísticos de *Qui*-quadrado com correlação de *Pearson*, o T de *Student* e *Mann-Whitney*.

Resultados: Os resultados principais foram a associação estatística entre o letramento funcional em saúde inadequado, taxa de filtração glomerular estimada e a creatinina sérica reduzida.

Conclusão: Este estudo mostrou associação estatística entre letramento funcional em saúde com variáveis primordiais no controle e prevenção da doença renal crônica em pessoas com diabetes mellitus. Esses dados podem subsidiar o enfermeiro na busca de estratégias para promover aos pacientes a execução do autogerenciamento em saúde de modo a minimizar as complicações dessa patologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between functional health literacy and decreased renal function capacity of people with diabetes mellitus treated at a referral health unit in the state of Pernambuco.

Methods: A descriptive cross-sectional study with a quantitative approach, the sample was made up of 70 participants, who underwent an assessment of the level of functional health literacy, using the Brief Test of Functional Health Literacy in Adults (B-TOFHLA) questionnaire, and measurement of the estimated glomerular filtration rate. Chi-square statistical tests with Pearson's correlation, Student's T and Mann-Whitney were used.

Results: The main results were the statistical association between inadequate health functional literacy, estimated glomerular filtration rate and reduced serum creatinine.

Conclusion: This study showed a statistical association between functional health literacy with essential variables in the control and prevention of chronic kidney disease in people with diabetes mellitus, these data can support the nurse in the search for strategies to promote patients to perform self-management in health of to minimize the complications of this pathology.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre la alfabetización funcional en salud y la disminución de la capacidad de la función renal de las personas con diabetes mellitus atendidas en una unidad de salud de referencia en el estado de Pernambuco.

Métodos: Un estudio descriptivo de corte transversal con un enfoque cuantitativo, la muestra estaba compuesta por 70 participantes, que se sometieron a una evaluación del nivel de alfabetización funcional en salud, utilizando el cuestionario Breve prueba de alfabetización funcional en salud en adultos (B-TOFHLA), y medición de la tasa de filtración glomerular estimada. Se utilizaron pruebas estadísticas de *chi*-cuadrado con correlación de *Pearson*, *Student's T* y *Mann-Whitney*.

Resultados: Los principales resultados fueron la asociación estadística entre la alfabetización funcional de salud inadecuada, la tasa de filtración glomerular estimada y la creatinina sérica reducida.

Conclusión: Este estudio mostró una asociación estadística entre la alfabetización funcional de la salud con variables esenciales en el control y prevención de la enfermedad renal crónica en personas con diabetes mellitus, estos datos pueden ayudar a la enfermera en la búsqueda de estrategias para promover a los pacientes a realizar un autocontrol en la salud de para minimizar las complicaciones de esta patología.

¹Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

²Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Como citar:

Santos Júnior JL, Camilo MR, Santos IC, Rosas MA, Silva JR, Medeiros LK, et al. Relação do letramento funcional em saúde com a insuficiência renal em pessoas com diabetes mellitus. *Enferm Foco*. 2021;12(2):270-6.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3938

INTRODUÇÃO

As mudanças no estilo de vida têm influenciado significativamente no aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo do diabetes mellitus (DM). O censo nacional realizado em 2013 encontrou uma prevalência geral de 6,2% dessa patologia no Brasil.⁽¹⁾ A doença renal crônica (DRC) se apresenta neste cenário como, uma das complicações mais comuns do DM, considerada um problema crítico e de abrangência mundial, com taxa de prevalência de 11% a 13%.^(2,3)

A perda da função renal, definida pela *Kidney Disease Improving Global Outcomes*⁽⁴⁾ ocorre quando se obtêm valores de taxa de filtração glomerular estimada (TFGE) inferiores a 60 ml/min/1,73m² ou é identificada lesão renal persistente por um período mínimo de três meses. Desse modo, o estadiamento da DRC é classificado do estágio 1 (mais brando) ao estágio 5 (mais grave). Os estágios um e dois são considerados os mais leves, apresentam TFGE entre 90-60ml/min/1,73m² e, para serem confirmados, necessitam da avaliação de exames de diagnóstico por imagem. Já no estágio três até o cinco dialítico, considerado o estágio final da DRC, a presença de uma TFGE com valores inferiores a 60ml/min/1,73m³, é suficiente para definir o estadiamento da DRC.⁽⁴⁾

Para o controle de qualquer doença crônica, objetivando-se retardar a sua progressão e prevenir suas complicações, é fundamental que o paciente entenda as particularidades do seu problema, adira ao tratamento e conheça as consequências quando há a perda do seguimento dessa terapia ou quando ela não é realizada de forma adequada.⁽⁵⁾

Um dos fatores que tem relação direta com a adesão ao tratamento de doenças crônicas é o Letramento Funcional em Saúde (LFS), que se refere ao conhecimento, à motivação e à competência dos pacientes para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões cotidianas, no que tange ao autocuidado.⁽⁶⁾ O baixo nível de LFS é uma das principais causas responsáveis pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico.⁽⁷⁾

Diante desse contexto, o objetivo é analisar a relação entre o LFS e a diminuição da capacidade da função renal de pessoas com DM atendidas em uma unidade de referência em saúde do estado de Pernambuco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com uma abordagem quantitativa.

A pesquisa foi realizada no ambulatório de endocrinologia em uma unidade de referência municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), o Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes, localizado na cidade de Recife, Pernambuco.

A amostra foi composta por 70 participantes do ensaio clínico ainda em andamento: "Intervenção educativa e seus efeitos na prevenção do pé diabético e no LFS". Esse ensaio faz parte de uma tese de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco. Foram incluídos no estudo pacientes com idade igual ou maior que 18 anos, portadores de diabetes mellitus tipo 2 e indivíduos com acuidade visual mínima de 20/50, segundo a escala de avaliação visual de Snellen.⁽⁸⁾

Não foram incluídos os pacientes analfabetos (entendidos para este estudo como pessoas que não sabem ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhece)⁽⁸⁾ ou com déficit cognitivo (avaliado por meio do instrumento de avaliação do estado mental - Mini Exame do Estado Mental). A execução/acerto de cada item corresponde a 1 ponto e a classificação variável de acordo com a pontuação: menor que 24 pontos sugerem declínio cognitivo; entre 23 e 21, declínio leve; entre 20 e 11, declínio moderado e menor que 10, declínio grave.⁽⁹⁾ Aqueles, portanto, com pontuação \leq 23 serão excluídos do estudo.

Também não foram considerados os pacientes notadamente com dificuldade de audição ou aqueles visivelmente sob o efeito de drogas lícitas ou ilícitas que comprometam as respostas, os indivíduos com transtorno psiquiátrico em surto, visivelmente violentos ou desorientados e os que fazem uso de medicação que compromete a cognição, visão ou concentração. Caso o participante estivesse em uso de medicação, era verificado no Dicionário de Especialidades Farmacêuticas - DEF se a mesma causava prejuízo na cognição, visão ou concentração.

A coleta dos dados complementares ao banco original iniciou-se após o deferimento da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital das Clínicas. Ocorreu no período entre junho de 2018 a outubro de 2019.

Para a realização do cálculo da TFGE, utilizou-se o resultado de creatinina sérica (SCr) da última coleta constatada no banco de dados informatizado do Centro Médico. As outras informações necessárias para a realização do cálculo foram coletadas por meio do questionário sociodemográfico. A existência de perda da capacidade da função renal foi avaliada a partir do resultado da TFGE, utilizando o *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI).⁽¹⁰⁾

Como não foi possível resgatar os exames de diagnóstico por imagem e resultados laboratoriais específicos

para auxiliar no diagnóstico da DRC em seus estágios iniciais, não se adotou a classificação de risco ou estadia-mento estabelecida pelo *The Kidney Disease: Improving Global Outcomes*. No entanto, ainda baseado pelo último *Guideline* da KDIGO, a TFGE foi categorizada em 2 grupos: no primeiro grupo foram incluídos os indivíduos com TFGE ≥ 90 mL/min/1,73m² (TFGE normal ou alta) e no segundo grupo foram incluídos os indivíduos com TFGE < 90 mL/min/1,73m (TFGE reduzida).^(2,4)

Foram utilizados dois questionários e um formulário como instrumentos para a coleta de dados. O primeiro questionário engloba as características sociodemográficas e traz as variáveis: sexo, raça/cor, anos de estudo, idade, renda e número de dependentes. O segundo questionário foi o teste de LFS: o *Brief Test of Functional Health Literacy in Adults* (B-TOFHLA).⁽¹¹⁾ O formulário foi utilizado para registrar as informações dos dados clínico-laboratoriais (SCr, glicemia, hemoglobina glicada, tiroxina livre circulante no sangue (T4 livre), hormônio tireotrófico (TSH), colesterol total, *ligh density lipoprotein* (HDL), *low density lipoprotein* (LDL) e triglicerídeos.

O B-TOFHLA, na sua aplicação, foi dividido em duas etapas: a avaliação do LFS, composta por duas passagens de texto, totalizando 36 itens; e a etapa de numeramento, que foi composta por 4 itens. O tempo para responder os itens não deveria ultrapassar 17 minutos, mas quando ocorria, o participante era interrompido. Cada item respondido corretamente do LFS computou dois pontos, totalizando 72. Para os itens de numeramento, cada acerto computou 7 pontos, resultando em 28 pontos no total. Após a obtenção do score (soma total dos acertos), os pacientes foram classificados da seguinte forma: LFS inadequado (LFSI) (0 - 53 pontos), LFS adequado ou limítrofe (LFSa) (54 - 100 pontos). Vale ressaltar que o B-TOFHLA classifica os indivíduos em 3 categorias, LFSa, LFS marginal e LFSI, no entanto, para esse estudo, os grupos de LFSI e marginal foram unificados no intuito de viabilizar a análise estatística.

É válido pontuar que as informações sobre os dados demográficos, bem como as obtidas a partir da aplicação do B-TOFHLA, foram cedidas pela pesquisadora responsável, através do banco de dados do ensaio clínico "Intervenção educativa e seus efeitos na prevenção do pé diabético e no LFS". O banco de dados foi cedido sob a condição da assinatura do Termo de Concessão de Dados pela pesquisadora.

As informações registradas no segundo questionário foram obtidas a partir da concessão de dados pela instituição onde foi feita a pesquisa, através dos registros armazenados na plataforma informatizada do serviço, que continha os dados clínico-laboratoriais dos pacientes atendidos no serviço.

A coleta dos dados clínico-laboratoriais foi executada por um único pesquisador, para evitar exposição e divulgação das informações dos pacientes. Após a coleta, um banco de dados foi elaborado sem a identificação dos pacientes, os quais foram representados por códigos numéricos.

Para a análise estatística, foi utilizado o pacote *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0.

As variáveis categóricas foram apresentadas em formato de frequência, com números absolutos e proporções. Para a comparação da distribuição entre essas variáveis foi utilizado o teste de *Qui-quadrado* com correlação de *Pearson* ou exato de *Fisher*.

As variáveis quantitativas contínuas foram apresentadas com suas médias e desvio padrão (para testes paramétricos) e score médio (para testes não paramétricos). A comparação de médias foi realizada através dos testes T de *Student* e o *Mann-Whitney*.

A TFGE foi a variável escolhida como desfecho primário. Foram considerados intervalos de confiança de 95%, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todos os testes.

Essa pesquisa atendeu todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas - UFPE e sua execução só foi realizada após a emissão do parecer consubstanciado de número 3.548.104 e CAAE 16302719.0.0000.8807.

RESULTADOS

Foram entrevistados 70 pacientes, no entanto, apenas 62 tiveram dados clínico-laboratoriais coletados, uma vez que os cadastros dos 8 indivíduos restantes não constavam no sistema informatizado que armazena os dados referentes aos exames laboratoriais realizados na unidade onde foi realizada a pesquisa. Por isso, na descrição e análise dos dados, só foram considerados os 62 pacientes que continham resultados clínico-laboratoriais.

O grupo estudado foi caracterizado da seguinte forma: maioria significativa da amostra do sexo feminino, com idade entre 39 e 88 e média foi de 60,4 ($\pm 9,5$) anos. Quanto à raça/cor referida, a maior parte dos participantes declarou-se pardo; para a escolaridade predominou de 5 a 8 anos durante o período escolar seguido de 21 que declararam ter estudado de 9 a 11 anos e 11 disseram ter estudado mais de 12 anos. Já a renda familiar média dos participantes foi de 2,04 salários mínimos ($\pm 1,28$), média bem próxima ao número de dependentes da casa (2,68 $\pm 1,78$).

Para o nível de LFS, a quantidade de indivíduos do grupo LFSI (50%, n=31) igualou-se a do grupo LFSa (50%, n=31). Já quando se trata da funcionalidade renal, a maior proporção

da amostra possui uma TFGE considerada normal ou alta, ou seja, ≥ 90 ml/min/1,73m² (56,5%, n=35), enquanto que o grupo que possuía uma TFGE < 90 ml/min/1,73m² foi de 27 indivíduos (43,5%).

Quando comparada a distribuição das características sociodemográficas com o LFS, observou-se que a maior parte dos indivíduos com LFSI possuía apenas 5 a 8 anos de estudos no período escolar (58,1%, n=18) enquanto 71% dos participantes com LFSA tinham mais de 9 anos de estudo (Tabela 1).

Vale destacar que a média de idade entre pessoas que possuem uma TFGE reduzida (58,6 \pm 8,1) foi maior que a do grupo que possuía uma TFGE normal ou alta (58,6 \pm 8,1), entretanto, a comparação entre as médias não mostrou significância estatística. A distribuição entre as outras variáveis sociodemográficas não sinalizaram diferenças significativas.

Tabela 1. Associação dos níveis de LFS com as variáveis sociodemográficas de pacientes de um centro médico de referência

Variáveis	B-THOFLA		p-value
	Inadequado (n=31) n (%)	Adequado ou limitrofe (n=31) n (%)	
Sexo			
Masculino (n=16)	7(22,6)	9(29)	0,562*
Feminino (n=46)	24(77,4)	22(71)	
Raça/cor			
Branca (n=15)	9(29)	6(19,4)	0,274**
Preta (n=15)	6(19,4)	9(29)	
Amarela (n=3)	3(9,7)	0(0)	
Parda (n=29)	13(41,9)	16(51,6)	
Anos de estudo			
Até 4 anos (n=5)	3(9,7)	2(6,5)	0,016**
5 a 8 anos (n=25)	18(58,1)	7(22,6)	
9 a 11 anos (n=21)	6(19,4)	15(48,4)	
12 anos ou mais (n=11)	4(12,9)	7(22,6)	
	Média \pm DP	Média \pm DP	
Idade	62 \pm 10,71	58,7 \pm 8,07	0,186***
	Escore médio	Escore médio	
Renda	30,06	32,94	0,51****
Número de dependentes	30,66	32,34	0,706****

Teste aplicado - *Qui-quadrado de Pearson; **Exato de Fisher; ***t de Student; ****Mann-Withney. Considerado estatisticamente significativo p < 0,05; TFGE - Taxa de filtração glomerular; B-THOFLA - teste do letramento funcional em saúde; DP - Desvio-padrão

Na distribuição dos grupos da TFGE entre o LFS, foi observada maior prevalência de redução da TFGE no grupo com LFSI (64,5%, n=20) (Tabela 2). Nas variáveis clínico-laboratoriais, alguns dados não foram encontrados para todos os pacientes da amostra. Portanto, o “n” referente a cada variável vem descrito ao lado de cada uma, na medida em que são expostas na Tabela 2. A distribuição dessas variáveis clínicas mostrou associação significativa apenas na dosagem de SCr quando comparada ao LFS (p < 0,001). Tal resultado já é esperado, uma vez que a SCr é determinante

para o cálculo da TFGE, variável que já havia mostrado diferença na distribuição dos grupos. A comparação de médias da glicemia entre os grupos do LFS apresentou um índice marginal, mas não foi considerado estatisticamente significativo.

Tabela 2. Associação da TFGE com o nível de LFS e as variáveis clínico-laboratoriais de pacientes de um centro médico de referência

Variável	B-THOFLA		p-value
	Inadequado (n=31) n(%)	Adequado ou limitrofe (n=31) n(%)	
TFGE			
Normal ou alta (n=35)	11(35,5)	24(77,4)	0,001*
Reduzida (n=27)	20(64,5)	7(22,6)	
	Média \pm DP	Média \pm DP	
Glicemia - mg/dl (n=62)	148,06 \pm 43,8	172,9 \pm 53,3	0,05**
Hemoglobina Glicada - % (n=61)	8,13 \pm 1,66	8,9 \pm 1,99	0,96**
Colesterol total - mg/dl (n=60)	175,48 \pm 38	173,9 \pm 41,7	0,882**
HDL - mg/dl (n=60)	44 \pm 9,04	42,45 \pm 11,6	0,569**
LDL - mg/dl (n=60)	100,9 \pm 33,1	102,29 \pm 35,4	0,876**
	Escore médio	Escore médio	
T4 livre - ng/100ml (n=41)	22,03	20,02	0,592***
TSH - microUI/ml (n=51)	26,71	25,13	0,705***
Triglicerídeos - mg/dl (n=58)	29,67	29,33	0,938***
Creatinina sérica - mg/dl (n=62)	36,61	26,39	0,011***

Teste aplicado - *Qui-quadrado de Pearson; **Exato de Fisher; ***t de Student; ****Mann-Withney. Considerado estatisticamente significativo p < 0,05; TFGE - Taxa de filtração glomerular; B-THOFLA - teste do letramento funcional em saúde; DP - Desvio-padrão

DISCUSSÃO

Quando se busca estudar relação entre o LFS e a DRC, nota-se que há uma limitação na produção científica sobre esse tema. Entretanto, nos últimos anos, o interesse sobre o assunto tem crescido, sobretudo o número de publicações após o ano de 2012.^(12,13) Uma revisão sistemática publicada nesse ano elucidou alguns pontos dessa relação, porém não analisou a relação do LFS com os estágios de classificação da DRC devido às limitações já mencionadas anteriormente.

Outrossim, a maioria dos estudos relacionados a essa temática também não têm avaliado a relação do LFS com a TFGE de forma isolada. A literatura pesquisada limita-se apenas a um estudo de coorte e outro transversal^(12,14) sendo que no estudo de coorte foi encontrado resultado semelhante a este estudo com importante significância estatística entre o LFSI e a TFGE reduzida.⁽¹⁴⁾

O perfil demográfico, descrito nos resultados do estudo atual, mostrou que a maioria dos participantes tinha idade média acima dos 60 anos, com maioria autodeclarada não negra (pardo, amarelo e preto) e predominantemente do sexo feminino. Esse perfil também foi observado em outro estudo de coorte transversal.⁽¹²⁾

A predominância da baixa escolarização dessa amostra difere-se do resultado observado no estudo realizado nos

Estados Unidos por “DEVRAJ¹² et al.”. (2015), o qual identificou uma taxa de 85% de pacientes que possuíam diploma escolar ou de nível superior. É válido pontuar que o nível de desenvolvimento do país onde foi realizada a pesquisa pode justificar a discrepância com os achados deste presente estudo, levando a dedução de que países mais desenvolvidos possuem melhores índices de escolarização e formação acadêmica.

Entretanto, sabe-se que, mesmo com o conhecimento suficiente, não se tem garantido adesão dos pacientes com DM às medidas nefroprotetoras. Isso nos leva a afirmar que desenvolver o LFS nos pacientes pode ser uma estratégia assertiva para provocar a tomada de decisões que envolvam o autogerenciamento da saúde. Torna-se necessário promover o investimento em um processo de educação em saúde que busque estimular nas pessoas pensamentos crítico-reflexivos sobre suas próprias condições de saúde.⁽¹⁵⁾

A prevalência de LFSI desse estudo foi 50%, taxa que foi encontrada no estudo mais recente sobre prevalência do LFS, realizado nos Estados Unidos, Canadá e Austrália.⁽¹⁶⁾ No Brasil, pesquisas sobre a prevalência nesse campo do conhecimento ainda são incipientes.⁽⁶⁾ Duas abordagens, incluindo uma revisão sistemática, avaliaram a relação do LFS com as características sociodemográficas dos participantes envolvidos e chegaram a resultados que demonstraram associação entre o LFSI e a baixa escolaridade.^(13,14) A semelhança com os resultados observados nessa pesquisa revela a necessidade de direcionar grande parte das intervenções em saúde para a educação, uma vez que se caracteriza como um importante preditor do LFSI.

O principal resultado observado no presente estudo foi a relação do LFSI com a TFGE reduzida. Há semelhança dos resultados com os outros dois estudos que avaliaram essa associação, sendo importante destacar que foi utilizado o mesmo instrumento para avaliar o LFS no estudo de coorte, enquanto o outro, transversal, utilizou o *The Newest Vital Sign* (NVS).^(12,14) Mesmo com o controle das variáveis demográficas, exceto pela idade, o modelo da análise multivariada do estudo de coorte realizado por “RICARDO⁽¹⁴⁾ et al.”, (2014) mostrou importante significância estatística entre o LFSI e a TFGE reduzida.

Há divergências na literatura quanto à relação entre a LFS e a DRC. E, apesar da maioria dos estudos (longitudinais, transversais e de revisão sistemática) apontar a existência dessa relação,^(13,14,17) há autores, como “LORA⁽¹⁸⁾ et al.” que não encontraram associação em suas análises estatísticas. Apesar dos antagonismos, há justificativas e evidências convincentes para acreditar que LFSI pode influenciar na progressão ou surgimento da DRC, mas é necessária a

realização de mais estudos longitudinais que abordem essa questão com mais a profundidade.⁽¹⁴⁾ Estudando pessoas com doença renal crônica em tratamento conservador observou que os participantes com LFSI tinham conhecimento suficiente em relação à doença e ao tratamento, esse achado, indica que apenas a transferência do conhecimento não é suficiente para decisões que envolvem o autogerenciamento da saúde.⁽¹⁵⁾

Pesquisas sobre o LSF e sua relação com as doenças crônicas não transmissíveis podem auxiliar para que o planejamento e as ações das políticas públicas de saúde tenham maior impacto, promovendo intervenções para reduzir a desigualdade socioeducacionais desse grupo, uma vez que o LFSI pode ser considerado um problema de saúde pública, já que há estimativas de que 5% do custo total da assistência médica por ano estão relacionadas às pessoas com LFSI.⁽¹⁴⁾

Iniciativas educacionais para pessoas com LFSI possuem potencial para melhorar os resultados que relacionam essa condição com o surgimento ou piora de desfechos clínicos. Logo, uma vez identificado o LFSI em pacientes com DM, a intervenção por uma equipe multiprofissional, no primeiro contato, pode conferir uma compreensão mais profunda dos riscos associados ao DM e a DRC ou ao desenvolvimento de suas complicações.^(19,20)

O enfermeiro, como membro dessa equipe e prestador da assistência direta ao paciente e à coletividade, tem um papel fundamental nas atividades de prevenção, controle de doenças, reabilitação e promoção da saúde, que pode ser realizado através de cuidados e da educação em saúde.⁽¹⁵⁾ Destarte a enfermagem tem em seu papel o dever de propiciar uma relação humanizada com o paciente, de forma que ocorra uma troca de experiências, de *feedbacks*, não se restringindo apenas a um ato informativo e com baixo aproveitamento. Essas medidas objetivam o desenvolvimento da autonomia e a corresponsabilidade no cuidado. Elas não só devem ser estimuladas, mas reavaliadas e ajustadas, caso haja inadequação na forma como está sendo entendido ou conduzido o autogerenciamento da saúde.^(21,22)

Esse estudo apresentou duas limitações importantes, o pequeno tamanho da amostra que além a capacidade de generalizar os achados para outras populações semelhantes e a falta de informação sobre resultados de alguns exames laboratoriais e de imagem dos participantes da pesquisa.

Destaca-se, como contribuição deste estudo, o acúmulo de conhecimentos acerca do LFS em pacientes com DM e sua relação com a DRC. Essas informações poderão auxiliar na programação e na implementação das práticas

de enfermagem com maiores chances de assertividade para o grupo pesquisado. Conhecer o perfil dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus, favorece a idealização de políticas públicas, que podem subsidiar o ensino/educação em saúde, utilizando estratégias eficazes para essa população, que poderá controlar melhor a doença e retardar a progressão para DRC. Ademais, essa iniciativa enriquece os conhecimentos sobre a temática, uma vez que a literatura atual disponível é escassa, no Brasil e no mundo.⁽²³⁾

CONCLUSÃO

Os pacientes com diabetes mellitus que participaram do estudo e apresentaram letramento funcional inadequado exibiram a capacidade da função renal diminuída como também a creatinina sérica, com associação estatisticamente significativa, corroborando na consistência dos achados que sugerem tal afinidade. No entanto, as pesquisas sobre essa temática ainda são incipientes e escassas, tornando relevante a sugestão de estudos novos e robustos, tendo em vista que, mesmo com várias limitações, esses achados apontam para uma relação entre o letramento funcional em saúde e a prevenção da doença renal crônica em pacientes diabéticos.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos aos participantes da pesquisa e a toda equipe profissional do Centro de Saúde José Ermírio de Moraes pela forma prestativa com que sempre receberam a equipe da pesquisa.

Contribuições

a) concepção e/ou desenho do estudo: Jair Luiz dos Santos Júnior, Marta Regina Chaves Camilo, Givaneide Oliveira de Andrade Luz b) coleta, análise e interpretação dos dados: Jair Luiz dos Santos Júnior, Marta Regina Chaves Camilo, Isabel Cristina Ramos Vieira Santos, Marília Araújo Santana Rosas, Jullyane Rebeca Rodrigues da Silva, Givaneide Oliveira de Andrade Luz c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Jair Luiz dos Santos Júnior, Marta Regina Chaves Camilo, Isabel Cristina Ramos Vieira Santos, Lílian Katiússia Araújo de Medeiros, Jéssica Naylla de Melo Bezerra, Givaneide Oliveira de Andrade Luz d) aprovação da versão final a ser publicada: Jair Luiz dos Santos Júnior, Marta Regina Chaves Camilo, Isabel Cristina Ramos Vieira Santos, Marília Araújo Santana Rosas, Jullyane Rebeca Rodrigues da Silva, Lílian Katiússia Araújo de Medeiros, Jéssica Naylla de Melo Bezerra, Givaneide Oliveira de Andrade Luz.

REFERÊNCIAS

- Saleh F, Mumu SJ, Ara F, Hafez MA, Ali L. Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:431.
- Stanifer JW, Muiru A, Jafar TH, Patel UD. Chronic kidney disease in low-and middle-income countries. *Nephrol Dial Transplant*. 2016;31(6):868-74.
- Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158765.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Inter*. 2013;3(1):1-150.
- Abreu DP, Santos SS, Ilha S, Silva BT, Martins NF, Varela VS. Fatores Comportamentais Associados à Adesão Medicamentosa Em Idosos Em Atendimento Ambulatorial. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2019;9:e3025.
- Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FA, et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24(3):1121-1132.
- Martins NFF, Abreu DPG, Silva BT, Semedo DSRC, Pelzer MT, Ienczak FS. Letramento funcional em saúde e adesão à medicação em idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):904-11.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado 2019 Dez 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
- Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
- Magacho EJ, Pereira AC, Mansur HN, Bastos MG. Nomograma para a estimação da Taxa de Filtração Glomerular baseado na fórmula CKD-EPI. *J Bras Nefrol*. 2012;34(3):313-5.
- Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):631-8.
- Devraj R, Borrego M, Vilay AM, Gordon EJ, Palden J, Horowitz B. Relationship between Health Literacy and Kidney Function. *Nephrology*. 2015;20(5):360-7.
- Fraser SD, Roderick PJ, Casey M, Taal MW, Yuen HM, Nutbeam D. Prevalência e associações da alfabetização em saúde limitada na doença renal crônica: uma revisão sistemática. *Nephrol Dial Transplant*. 2013;28(1):129-37.
- Ricardo AC, Yang W, Lora CM, Gordon EJ, Diamantidis CJ, Ford V, et al. Limited health literacy is associated with low glomerular filtration in the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) study. *Clin Nephrol*. 2014;81(1):30-7.
- Bezerra JN, Lessa SRO, Ó MF, Luz GO, Borba AK. Letramento em saúde dos indivíduos submetidos à terapia dialítica. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170418.

16. World Health Communication Associates (WHCA). Health literacy: part 2 evidence and case studies [Internet]. Birmingham: WHCA; 2010 [cited 2019 Dez 01]. Available from: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf>
17. Lora CM, Gordon EJ, Sharp LK, Fischer MJ, Gerber BS, Lash JP. Progression of CKD in Hispanics: potential roles of health literacy, acculturation, and social support. *Am J Kidney Dis.* 2011;58(2):282-90.
18. Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ravanan R, et al. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant.* 2018;33(9):1545-58.
19. Campbell ZC, Stevenson JK, McCaffery KJ, Jansen J, Campbell KL, Lee VW, et al. Interventions for improving health literacy in people with chronic kidney disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016;2:1-11. Art. No.: CD012026.
20. Santos AT, Silva ET, Larré MC, Inagaki AD, Silva JR, Abud AC. Prevalência de diabetes mellitus tipo 2 em subpopulação do Estado de Sergipe. *Enferm Foco.* 2019;10(1):65-70.
21. Martins NF, Abreu DP, Silva BT, Semedo DS, Pelzer MT, Ienczak FS. Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):868-74.
22. Moll MF, Boff NN, Silva PS, Siqueira TV, Ventura CA. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. *Enferm Foco.* 2019;10(3):134-40.
23. Santos MI, Portella MR, Scortegagna HM, Santos PC. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(3):651-64.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DIABETES *MELLITUS* ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

SOCIAL REPRESENTATIONS OF DIABETES *MELLITUS* AMONG DIABETIC PATIENTS AND HEALTH PROFESSIONALS

REPRESENTACIONES SOCIALES DE DIABETES *MELLITUS* ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS Y PROFESIONALES DE SALUD

Emanuela Batista Ferreira e Pereira¹
 Edjane Joselma da Silva¹
 Janyne Melo Cordeiro Sobral¹
 Évelyn Cristina Morais Pessôa Lima¹
 Marília Perrelli Valença¹
 Claudinalle Farias Queiroz de Souza¹

(<https://orcid.org/0000-0003-4665-4379>)
 (<https://orcid.org/0000-0001-9405-9027>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-9883-2862>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-1862-8491>)
 (<https://orcid.org/0000-0002-6011-5585>)
 (<https://orcid.org/0000-0003-1541-3089>)

Descritores

Diabetes *mellitus*; Pé diabético;
 Percepção social

Descriptors

Diabetes *mellitus*; Diabetic Foot;
 Social perception

Descriptores

Diabetes *mellitus*; Pié diabético;
 Percepción social

Recebido

9 de Junho de 2020

Aceito

24 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Emanuela Batista Ferreira e Pereira
 E-mail: emanuela.pereira@upe.br

RESUMO

Objetivo: Descrever as representações sociais da Diabetes Mellitus para indivíduos diabéticos e para profissionais de saúde que assistem estes pacientes.

Métodos: Estudo descritivo, exploratório, com enfoque qualitativo, à luz da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. Desenvolvido a partir de um documento semiestruturado, dividido em perfil sociodemográfico e questões voltadas ao objeto de pesquisa através de evocação de palavras. A amostra foi composta por 14 pessoas, entre pacientes e profissionais de saúde presentes no Ambulatório de lesões de um hospital público, na cidade de Recife - PE.

Resultados: O grupo de pacientes relacionou a doença às palavras de cunho emocional, como medo/tristeza, enquanto os profissionais evocaram palavras mais técnicas e voltadas a controle e prevenção da patologia.

Conclusão: O nível de conhecimento está diretamente ligado à representatividade da doença para o indivíduo, interferindo na adesão terapêutica e dificultando a aceitação da condição, implicando em mais agravos físicos ou psicológicos.

ABSTRACT

Objective: Describe the social representations of Diabetes Mellitus for diabetic individuals and for health professionals who assist these patients.

Methods: Descriptive study, exploratory, with qualitative approach, in the light of the Theory of Social Representations by Serge Moscovici. Developed from a semi-structured document divided into demographic profile and issues facing the object of research through evocation of words. The sample was composed by 14 people, among patients and health professionals present in the Lesions Outpatient Clinic from a public hospital, in the city of Recife - PE.

Results: The group of patients related to disease with words of emotional nature as fear/sadness, but the professionals have raised more technical words and aimed at the control and prevention of the disease.

Conclusion: The level of knowledge is directly connected to the representativeness of the disease for the individual, interfering in the therapeutic adherence and hindering the acceptance of the condition, resulting in more grievances physical or psychological.

RESUMEN

Objetivo: Describa las representaciones sociales de la diabetes mellitus para las personas con diabetes y para los profesionales de la salud que ayudan a estos pacientes.

Métodos: Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo, a la luz de la Teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Desarrollado a partir de un documento semiestructurado dividido en un perfil sociodemográfico y preguntas centradas en el objeto de investigación a través de la evocación de palabras. La muestra consistió en 14 personas, incluidos pacientes y profesionales de la salud presentes en la Clínica de Lesiones de un hospital público, en la ciudad de Recife-PE.

Resultados: El grupo de pacientes relacionó la enfermedad con palabras emocionales, como miedo / tristeza, mientras que los profesionales evocaron palabras más técnicas destinadas a controlar y prevenir la patología.

Conclusión: El nivel de conocimiento está directamente relacionado con la representatividad de la enfermedad para el individuo, lo que interfiere con la adherencia terapéutica y dificulta la aceptación de la condición, lo que resulta en más problemas físicos o psicológicos.

¹Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Como citar:

Pereira EB, Silva EJ, Sobral JM, Lima EC, Valença MP, Souza CF. Representações sociais da diabetes mellitus entre pacientes diabéticos e profissionais de saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(2):277-82.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3996

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica caracterizada pela prevalência da hiperglicemia. É classificada em dois tipos: tipo 1 quando se tem a deficiência absoluta de hormônio insulina, mais comum na infância e juventude. E tipo 2 quando há deficiência relativa e resistência à insulina, podendo estar relacionada a sobrepeso e obesidade.^(1,2)

Em 2015, o Brasil encontrava-se em quarto lugar no ranking mundial de países com maior incidência de casos de DM, num total de 14,3 milhões pessoas vivendo com a doença.⁽³⁾ O aumento progressivo do número de ocorrências desperta a atenção para as dificuldades encontradas pelos pacientes diabéticos, bem como as complicações da doença e seu caráter degenerativo que ocorre, geralmente em um intervalo de tempo entre cinco e dez anos após sua instauração.⁽⁴⁾

O impacto desta patologia é expresso nas altas taxas de morbimortalidade, com repercussões psicológicas e sequelas físicas. O pé diabético é uma das mais comuns, afetando cerca de 15% dos indivíduos, e o risco de desenvolver úlceras nos pés é de até 25% ao longo da vida. Ainda podem ocorrer as amputações dos membros inferiores, sendo o pé diabético em até 70% dos casos o fator principal de origem não traumática que, conseqüentemente, traz limitações e induz a diminuição da qualidade de vida do indivíduo.⁽⁵⁾

Estudos sobre representações sociais na Diabetes Mellitus têm se dedicado a investigar a percepção da população acometida por esta doença, com a perspectiva nesse grupo e na exploração de assuntos específicos como complicações da doença e os cuidados com o pé diabético.^(6,7)

A difusão do conhecimento aos diabéticos sobre o seu processo de saúde-doença proporciona compreensão e melhor aceitação da sua nova rotina de medicações, redução alimentar e redução da angústia e medo frente à possibilidade de complicações. As representações sociais desses pacientes acerca da DM revelam muito sobre como lidam com a doença e como se percebem diante da situação. E um dos fatores variantes disso são as representações sociais dos profissionais de saúde, considerando o seu maior nível de conhecimento e atentando-se ao fato de serem educadores e facilitadores em todo o processo.⁽²⁾

Frente à lacuna de pesquisas desta ótica e a alta prevalência da DM na população e de estudos que abordem a representação social da patologia para os diabéticos e para os profissionais de saúde, este artigo teve como objeto de estudo investigar o que essa enfermidade representa, e identificar as possibilidades de mudanças de conceitos e atitudes relativos à temática.

Assim, este artigo teve como pergunta norteadora “Como as representações sociais da Diabetes Mellitus se

apresentam para pessoas com a doença e para os profissionais que cuidam destes?” Orientando o objetivo principal que foi descrever as representações sociais da Diabetes Mellitus para indivíduos diabéticos e para profissionais de saúde que assistem estes pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com enfoque qualitativo, sob a luz referencial da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici.

A pesquisa foi desenvolvida com pacientes diabéticos e profissionais saúde - enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos presentes no momento da coleta de dados, no Ambulatório de Lesões do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Professor Luiz Tavares - PROCAPE. A amostragem foi do tipo não probabilística por saturação, que compreende o momento em que, na coleta de dados, não surgem novas informações de novas entrevistas.

Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos participantes do estudo foram: pacientes portadores de DM que estavam sendo acompanhados pelo Ambulatório de Lesões do PROCAPE e profissionais de saúde atuantes no setor durante o período de coleta de dados. Foram excluídos pacientes que não possuíam condições de comunicação verbal ou com enfermidade demencial/cognitiva e profissionais que, por algum motivo, estavam afastados do serviço.

Para as entrevistas, as autoras elaboraram um instrumento semiestruturado baseado em métodos utilizados em outros estudos,⁽⁶⁾ sendo sua primeira parte compreendida por dados de caracterização sócio demográfica e seguido das seguintes perguntas: “Fale-me as cinco primeiras palavras que vêm a sua cabeça quando pensa em Diabetes Mellitus? Fale-me, em sua opinião, quais os principais impactos da Diabetes Mellitus para a vida?”

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2019, atingindo a suficiência de respostas na 14ª entrevista. As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um gravador de voz e posteriormente transcritas na íntegra. Os participantes foram divididos em dois grupos, grupo de profissionais de saúde (GP) e grupo de pacientes diabéticos (GD) e cada grupo foi composto por sete indivíduos.

No primeiro momento, os dados sociodemográficos foram tabulados com a ajuda do programa *Microsoft Office Excel* 2016, facilitando a análise estatística. A *posteriori*, todo o material transcrito referente à segunda parte do instrumento foi exportado e analisado por meio do software *openEvoC* 0.84, programa gratuito para coleta, análise e processamento de dados de pesquisa na perspectiva estrutural da teoria das Representações Sociais.

A partir da análise das evocações pelo software *openEvoc* 0.84, foram obtidos dados como frequência e distribuição, valores de frequência, ordem de evocação e agrupamentos, viabilizando assim, a identificação dos elementos que compõem o núcleo central (palavras primeiramente evocadas e em maior quantidade) e periféricas (palavras mais frequentemente citadas, mesmo que não sejam as primeiras) de uma representação social. Por fim, todo material produzido foi confrontado com a literatura.

O Núcleo Central é responsável pelo significado da Representação social, é o elemento que garante o prosseguimento de uma representação em contextos móveis e evolutivos, ou seja, é mais resistente às mudanças, garantindo a estabilidade. O Núcleo Central organiza os Esquemas Periféricos, que são elementos mais concretos e flexíveis, relacionados às características individuais e ao contexto imediato.⁽⁸⁾

O cálculo foi construído de acordo com a disposição previamente oferecida pelo software *openEvoc* 0.84 através da razão: Frequência x Ordem de evocação. A ordem de evocação consistiu em multiplicar a frequência de evocação de cada palavra pelo número de ordem recebido. Somou-se todos os produtos e dividiu-se a soma pelo total de evocações.

A presente pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco sob o número do parecer 3.246.319. Foram respeitados todos os preceitos éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012, referente à Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional em Saúde. Só participaram do estudo os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após completa explicação dos objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios. CAAE 08320819.8.3001.5192.

RESULTADOS

Em relação às características sociodemográficas da amostra, foram entrevistados 14 indivíduos. Em relação ao sexo dos entrevistados, 35,7% eram do sexo masculino e 64,3% do sexo feminino, 78,6% participantes eram da religião católica e 21,4% evangélicos. Quanto à idade, 28,6% tinham entre 29 e 50 anos e 71,4% tinham 50 anos ou mais, a faixa etária variou de 29 a 72 anos, com média de 55,7 anos, desvio padrão de 11,9 anos e mediana de 58 anos. O GP (grupo de profissionais de saúde) foi composto por: um profissional de enfermagem (14,2%), três profissionais técnicos de enfermagem (42,9%) e três profissionais de

medicina (42,9%), atuantes no Ambulatório de lesões do hospital correspondente. Quando questionados com as perguntas norteadoras do estudo, 12 palavras foram evocadas no GD (grupo de pacientes diabéticos) e 15 palavras no GP (Quadro 1). Sendo as mais frequentes Pé para o GD e Dieta para o GP.

Quadro 1. Palavras evocadas nos dois grupos em relação a Diabetes Mellitus

Grupo de pacientes diabéticos		Grupo de profissionais de saúde	
Palavras	%	Palavras	%
Pé	17,14	Dieta	17,14
Cuidados	14,29	Pé	11,43
Tristeza	11,43	Atividades	11,43
Medo	11,43	Cuidados	11,43
Amputação	8,57	Medicações	8,57
Dieta	8,57	Neuropatia	8,57
Alimentação	8,57	Acompanhamento	5,71
Ferida	5,71	Circulação	5,71
Medicação	5,71	Endocrinologia	2,86
Atividades	2,86	Vasculopatia	2,86
Doença	2,86	IAM	2,86
Qualidade	2,86	Cardiologia	2,86
Total	100,00	Ferida	2,86
		Curativo	2,86
		Nefropatia	2,86
		Total	100,00

O quadro 2 apresenta as palavras que criaram o núcleo central e a primeira periferia do Grupo GD com frequência de $\geq 8,82$ e Ordem de evocação ≥ 1 . Neste grupo surgiram sete palavras no Núcleo Central e cinco na Primeira Periferia. A palavra Pé continuou como principal no Núcleo Central (17,65%) e a palavra Medicação surgiu como principal na Primeira Periferia (5,88%).

Quadro 2. Palavras do Núcleo Central e Primeira Periferia do GD relacionadas a Diabetes Mellitus

Núcleo central GD		Primeira periferia GD	
Palavras	%	Palavras	%
Pé	17,65	Medicação	5,88
Cuidados	14,71	Ferida	5,88
Tristeza	11,76	Qualidade	2,94
Alimentação	8,82	Atividades	2,94
Dieta	8,82	Doença	2,94
Medo	8,82		
Amputação	8,82		

GD - Grupo de pacientes diabéticos

O quadro 3 apresenta as palavras que criaram o núcleo central e a primeira periferia do Grupo GP com frequência de $\geq 5,71$ e Ordem de evocação ≥ 1 . Neste grupo, surgiram oito palavras no Núcleo Central e sete na Primeira Periferia. A palavra Dieta continuou como principal no Núcleo Central (17,14%) e a palavra Curativo surgiu como principal na Primeira periferia (2,86%).

Quadro 3. Palavras do Núcleo Central e Primeira Periferia do GP relacionadas a Diabetes *Mellitus*

Núcleo central GP		Primeira periferia GP	
Palavras	%	Palavras	%
Dieta	17,14	Curativo	2,86
Cuidados	11,43	Nefropatia	2,86
Atividades	11,43	Ferida	2,86
Pé	11,43	IAM	2,86
Neuropatia	8,57	Endocrinologia	2,86
Medicações	8,57	Vasculopatia	2,86
Circulação	5,71	Cardiologia	2,86
Acompanhamento	5,71		

GP - Grupo de profissionais de saúde

DISCUSSÃO

O estudo realizado à luz da Teoria das Representações Sociais permite descrever o nível de conhecimento sobre a Diabetes *Mellitus* dos entrevistados, compreender a extensão e aceitação da doença para os portadores, bem como possibilita orientações e avaliações quanto à eficiência das ações dos profissionais de saúde no que diz respeito à educação popular para os indivíduos portadores dessa doença.⁽⁹⁾

Ao avaliar o significado que cada palavra expressa para as pessoas envolvidas neste estudo, pode-se identificar diferentes perspectivas a partir das vivências de cada uma delas. A realização de pesquisas sobre representações sociais pode ser considerada matéria-prima indispensável para a melhor compreensão da sociedade. Estas são elementos simbólicos que as pessoas expressam mediante o uso de palavras ou até mesmo de gestos. Ao utilizar as palavras, seja na linguagem oral ou escrita, as pessoas revelam o que pensam, como percebem cada situação ou quais opiniões e expectativas manifestam acerca de determinado fato ou objeto. Essas mensagens, mediadas pela linguagem, são construídas socialmente e estão ancoradas no campo da situação real e concreta dos indivíduos que as transmitem.⁽¹⁰⁾

Ao realizar o estudo com evocações de palavras, foi possível observar importante diferença em relação às palavras evocadas pelos dois grupos analisados neste trabalho, principalmente no aspecto qualitativo, ou seja, referente ao conteúdo das respostas. O primeiro grupo (GD) evocou palavras que estavam relacionadas aos aspectos emocionais negativos e possíveis sequelas da doença, ficando notório que, para esse grupo, a doença é algo que limita e reduz a qualidade de vida, demonstrando sentimento de dependência e invalidez.

Em outros estudos realizados sobre representações sociais da Diabetes *Mellitus*^(11,12) a doença, assim como pode-se observar nessa pesquisa, é vista por seus portadores como início de desenvolvimento de outros problemas. O destaque é o pé diabético e a mortalidade por DM.

O pé diabético é uma complicação crônica do DM, caracterizando-se por infecção, ulceração ou destruição dos tecidos, e tem grande repercussão social e econômica, pois em muitos casos, acaba resultando em amputações. Essas lesões causam grande sofrimento aos pacientes, podendo acarretar mudanças nos seus estilos de vida, na autoestima, em suas capacidades funcionais e qualidade de vida, impossibilitando-os, muitas vezes, de exercer suas atividades cotidianas.^(12,13)

Neste estudo, a palavra "Pé" foi evocada por 85% dos pacientes e "Amputação" por 42% deles. Estes dados evidenciam que as representações sobre o pé diabético influenciam sobre a atenção com os pés e que a falta de diálogo com profissionais da saúde pode negligenciar a necessidade do cuidado, e que este é um importante fator de prevenção de incapacidades, como nos casos de amputação.

A DM constitui a maior carga de morbimortalidade no mundo, sendo responsável por 63% das mortes globais.¹⁰ Essa doença acarreta perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades para os seus portadores. Em países em desenvolvimento, um terço dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ocorrem em pessoas com menos de 60 anos de idade, enquanto nos países desenvolvidos, a mortalidade prematura na faixa etária de 30 a 69 anos, corresponde a menos de 13% dos casos.⁽¹⁴⁾

Quando um indivíduo com Diabetes *Mellitus* entende que possui uma doença que não tem cura e convive com um escasso acesso às informações acerca da sua situação de saúde, a evocação do significado da doença em sua vida se expressa de maneira muitas vezes pessimista. Isto pode ser analisado nos resultados deste estudo, no qual tristeza e medo foram palavras evocadas por mais de 57% dos componentes do GD.

Em relação ao GP, diante do termo DM no núcleo central e primeira periferia, houve uma sequência de evocações voltadas principalmente para a ideia de prevenção ou redução de danos, que devem estar relacionadas às suas rotinas de orientações aos pacientes. Mudanças no estilo de vida através da adoção de hábitos saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo são a base do tratamento do DM e ajudam a prevenir complicações crônicas das doenças.⁽¹⁵⁾

Ainda para o termo "Diabetes *Mellitus*" no GP, notou-se o uso de termos científicos, isso se justifica por esses profissionais possuírem conhecimento técnicos e específicos. Destaca-se que não houve evocação de nenhuma palavra relacionada a sentimentos negativos decorrentes da doença.

Os pacientes diabéticos, muitas vezes, desconhecem a gravidade da doença e de suas complicações por falta de informação necessária, gerando muitos sentimentos de impotência e melancolia diante da sua condição crônica. Essa realidade pode ser analisada quando os atendimentos clínicos aos diabéticos acontecem em tempo insuficiente para esclarecer todas as dúvidas, até pela alta demanda que os profissionais recebem no serviço de saúde. A educação em saúde se estabelece quando há uma comunicação satisfatória entre o paciente diabético e o profissional de saúde, na qual os fatores sociais, culturais, emocionais e cognitivos são expostos, acontecendo assim o processo de ensino/aprendizagem entre esses dois grupos.⁽¹⁶⁾

As novas diretrizes curriculares mostram-se focadas na avaliação da aprendizagem, almejando a formação de profissionais preparados para identificarem e atuarem segundo as reais necessidades da pessoa e da comunidade, tendo como pilares a multidisciplinaridade, a assistência integral e a educação preventiva de doenças e promotora de saúde.⁽¹⁷⁾

Ao iniciar o estudo com a possibilidade de destacar palavras que traduzem o significado da Diabetes Mellitus para as pessoas que vivem com esta comorbidade, visou-se identificar e considerar os pontos de vista destas como fatores determinantes para o traçado de ações e de suas implementações por parte de profissionais de saúde, capaz de reafirmar o paciente como protagonista e centro do seu processo de saúde-doença.

Como limitação deste estudo cita-se a dificuldade de acesso aos profissionais de saúde para participarem da pesquisa e disponibilidade de respostas às perguntas sem interrupções e com o tempo necessário para exposição de suas percepções.

Este estudo demonstra sua relevância ao contribuir para a identificação das representações sociais sobre uma doença crônica com alta prevalência, bem como a compreensão holística dos saberes e práticas sociais dos pacientes e a proposição de cuidados sistematizados às necessidades de enfrentamento da diabetes. A pesquisa destaca a necessidade para o olhar humano e integral que cada profissional de saúde precisa dispor ao lidar com pacientes crônicos, em sua singularidade, contexto social, econômico e cultural, e a proposição de metas e estratégias que

facilitem a adesão e prevenção da doença e dos agravos decorrentes de sua evolução.

CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou avaliar como o nível de conhecimento repercute diretamente nas representações sociais da Diabetes *Mellitus*. Os pacientes apresentam limitação no que diz respeito a conhecer seu processo de saúde-doença, comprometendo assim o seu autocuidado, aumentando as chances de sequelas físicas e propiciando sérias implicações psicológicas. As palavras evocadas pelo grupo de pacientes diabético (GD) se mostraram de caráter emocional, caracterizando os aspectos negativos e limitantes da doença, enquanto para o grupo de profissionais de saúde (GP), as evocações ganham um sentido mais positivo, dando ideia de prevenção ou redução de danos, o que evidencia que o nível de conhecimento impacta diretamente nas percepções e, conseqüentemente, na representatividade que tal patologia e seus agravos têm para cada indivíduo. Diante disso, a assistência prestada a esses grupos crônicos requer maior atenção dos profissionais de saúde para além da execução de seus serviços técnicos, considerando a necessidade de transmissão clara e efetiva de conhecimento, a retirada das possíveis dúvidas e a sensibilidade para atender-se e auxiliar nas demandas emocionais que podem surgir em decorrência do enfrentamento da doença, o que será extremamente benéfico para o quadro clínico desses pacientes, tendo em vista que todo indivíduo é o somatório de corpo e mente.

Contribuições

Autor 1 - 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). Autor 2 - a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; Autor 3 - a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; Autor 4 - b) coleta, análise e interpretação dos dados; Autor 5 - c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Autor 6 - c) revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho AF, Feitosa MC, Coelho NP, Rebêlo VC, Castro JG, Sousa PR, et al. Low-level laser therapy and *Calendula officinalis* in repairing diabetic foot ulcers. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):628-34.

2. Santos AT, Silva ET, Larré MC, Inagaki AD, Silva JR, Abud AC. Prevalência de Diabetes Mellitus Tipo 2 em Subpopulação do Estado de Sergipe. *Enferm Foco*. 2019;10(1):65-70.

3. Flor LS, Campos MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: Evidências de um inquérito de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):16-29.
4. Tavares DM, Dias FA, Araújo LR, Pereira GA. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(6):825-30.
5. Pedras S, Carvalho R, Pereira MG. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with diabetic foot ulcer. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62(2):171-8.
6. Mantovani AM, Fregonesi CEPT, Pelai EB, et al. Estudo comparativo da sensibilidade do pé com e sem úlcera em pacientes diabéticos. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 2427-2435. DOI 10.11606/D.5.2008.tde-05052008-09572
7. Coelho MS, Silva DM, Padilha MI. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):65-71.
8. Wolter RP, Wachelke J, Naiff D. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: Perspectivas teóricas e utilização empírica. *Temas Psicol*. 2016;24(3):1139-52.
9. Curcio R, Lima MH, Alexandre NM. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. *Rev Eletr Enferm*. 2011;13(2): 331-7.
10. Franco MLPB. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. *Cad Pesqui*. 2004;34(121):169-86.
11. Amorim MM, Ramos N, Gazzinelli MF. Representações sociais das pessoas com diabetes mellitus: implicações no controle glicêmico. *Psicol Saúde Doenças*. 2018;19(2):293-309.
12. Jaksá PJ, Mahoney JL. Quality of life in patients with diabetic foot ulcers: validation of the Cardiff Wound Impact Schedule in a Canadian population. *Int Wound J* 2010;7(6):502-7.
13. Lima Neto PM, Lima PH, Santos FD, Jesus LM, Lima RJ, Santos LH. Quality of life of people with diabetic foot. *Rev Rene*. 2016;17(2):191-7.
14. WHO. *Global status report on noncommunicable diseases*. 2010. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications>.
15. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
16. Salci MA, Meirelles BH, Silva DM. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2882.
17. Almeida CA, Fernandes DR, Amorim FC, Veras JM, Oliveira AD, Carvalho HE, et al. O Enfermeiro docente e o Diabetes Mellitus Gestacional: O olhar sobre a formação. *Enferm Foco*. 2019;10(1):111-6.

EXPECTATIVAS E SENTIMENTOS DE GESTANTES SOBRE O PUERPÉRIO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

EXPECTATIONS AND FEELINGS OF PREGNANT WOMEN ABOUT THE CHILDHOOD: CONTRIBUTIONS TO NURSING

EXPECTATIVAS Y SENTIMIENTOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS SOBRE LA INFANCIA: CONTRIBUCIONES A LA ENFERMERÍA

Elayne Arantes Elias^{1,2}

(<https://orcid.org/0000-0001-5380-8888>)

Jhessika de Paula Pinho¹

(<https://orcid.org/0000-0002-8754-2595>)

Sara Ribeiro de Oliveira¹

(<https://orcid.org/0000-0002-0462-6735>)

Descritores

Enfermagem obstétrica; Depressão;
Gravidez

Descriptors

Obstetric nursing; Depression;
Pregnancy

Descriptores

Enfermería obstétrica; Embarazo;
Embarazo

Recebido

20 de Junho de 2020

Aceito

1 de Março de 2021

Conflitos de interesse

extraído do trabalho de conclusão
de curso na graduação em
enfermagem apresentado em 2020
à CENSUPEG.

Autor correspondente

Elayne Arantes Elias
E-mail: elayneaelias@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Conhecer as expectativas de gestantes sobre o término da gestação e o momento de conviver com o filho após o seu nascimento; identificar os fatores que contribuem para o surgimento da depressão pós-parto de forma precoce; investigar a presença ou a ausência de comportamentos indicativos para depressão.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, realizada com 14 gestantes, acompanhadas numa Clínica da Família, no município de São Fidélis, Rio de Janeiro no período de agosto a novembro de 2019.

Resultados: A análise sob a ótica de conteúdo de Bardin possibilitou o caminhar do estudo. Os sentimentos expressados pelas mulheres foram de felicidade com a gravidez, com a realização de desejo de ser mãe, misturados com insegurança, dúvidas e preocupações sobre o exercício da maternidade, sobre as transformações com a chegada do filho.

Conclusão: Espera-se que o apoio familiar diminua os sentimentos negativos em todo o processo, principalmente no puerpério, momento de muitas tarefas e dedicação ao filho. A consulta de enfermagem se mostra eficaz para a saúde mental das mulheres quanto aos esclarecimentos e à capacitação para o cuidado delas e do seu filho.

ABSTRACT

Objective: Knowing the expectations of pregnant women about the end of pregnancy and the moment of living with the child after birth; identify the factors that contribute to the onset of depression post childbirth early; investigate the presence or absence of behaviors indicative of depression.

Methods: This is an exploratory qualitative research, carried out with 14 pregnant women, accompanied at a Family Clinic, in the city of São Fidélis, Rio de Janeiro, from August to November 2019.

Results: The analysis from the perspective of Bardin's content made it possible to walk of the study. The feelings expressed by the women were of happiness with the pregnancy, with the fulfillment of the desire to be a mother, mixed with insecurity, doubts and concerns about the exercise of motherhood, about the changes with the arrival of the child.

Conclusion: Family support is expected to reduce negative feelings throughout the process, especially in the postpartum period, a time of many tasks and dedication to the child. The nursing consultation proves to be effective for the mental health of women regarding clarifications and training for the care of them and their children.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las expectativas de las mujeres embarazadas sobre el final del embarazo y el momento de vivir con el niño después del nacimiento; identificar los factores que contribuyen a la aparición temprana de depresión posparto; Investigar la presencia o ausencia de comportamientos indicativos de depresión.

Métodos: Esta es una investigación cualitativa exploratoria, realizada con 14 mujeres embarazadas, acompañadas en una clínica familiar, en la ciudad de São Fidélis, Rio de Janeiro, de agosto a noviembre de 2019.

Resultados: El análisis desde la perspectiva del contenido de Bardin permitió caminar de El estudio. Los sentimientos expresados por las mujeres eran de felicidad con el embarazo, con la realización del deseo de ser madre, mezclado con inseguridad, dudas y preocupaciones sobre el ejercicio de la maternidad, sobre los cambios con la llegada del niño.

Conclusión: Se espera que el apoyo familiar reduzca los sentimientos negativos durante todo el proceso, especialmente en el período posparto, un tiempo de muchas tareas y dedicación al niño. La consulta de enfermería demuestra ser efectiva para la salud mental de las mujeres con respecto a aclaraciones y capacitación para el cuidado de ellas y sus hijos.

¹Faculdade CENSUPEG, São Fidélis, RJ, Brasil.

²Corpo de Bombeiros Militar, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

Como citar:

Elias EA, Pinho JP, Oliveira SR. Expectativas e sentimentos de gestantes sobre o puerpério: contribuições para a enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(2):283-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4058

INTRODUÇÃO

Ao saber da gravidez, a mulher começa a passar por transformações físicas, emocionais e sociais que se iniciam desde o momento da concepção e se estendem durante todo o período gestacional, o parto e o pós-parto. Logo, com o nascimento de um filho inicia-se uma nova fase na vida da mulher, denominada puerpério, quando também o organismo feminino passa por verdadeiras revoluções hormonais e transformações que devem ser informadas desde as consultas de pré-natal.

O acompanhamento pré-natal é indispensável, pois através dos profissionais, a gestante recebe o apoio necessário para o acompanhamento do feto e de sua saúde, auxiliando nas condutas necessárias ao bem-estar da mãe e do bebê. É importante que os profissionais de saúde cuidem de forma integral, abrangendo os aspectos físicos e psicológicos, levando em consideração também o ambiente social, econômico e cultural no qual ela vive. O pré-natal pode ser realizado por um médico ou por um enfermeiro qualificado, assim: *“O profissional enfermeiro é considerado apto a realizar consultas de pré-natal, no acompanhamento de gestantes com baixo risco obstétrico [...] A consulta de pré-natal quando não é percebida pelas gestantes como um momento de acolhimento, cuidado e ações educativas pode diminuir a satisfação e confiança da gestante no profissional que se encontra conduzindo seu pré-natal.”*⁽¹⁾

Por meio de uma boa assistência prestada pelo enfermeiro na consulta, é possível identificar intercorrências precocemente e monitorar as gestantes que se encontram em situações de risco.⁽²⁾ Ademais, as gestantes podem se sentir mais acolhidas e seguras.

Em relação ao enfermeiro, enquanto ações, este pode identificar qualquer risco que precise ser acompanhado pelo médico, como a asma, a anemia ferropriva, a infecção urinária, o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), os distúrbios da tireoide e ou pré-eclâmpsia, além do risco de desenvolver alterações psicológicas e transtornos de humor.⁽³⁾

No puerpério, o enfermeiro pode identificar diagnósticos como: risco de vínculo prejudicado, que pode ser definido pelo rompimento da interação da mãe com o bebê por conta de dificuldades para amamentar. Tendo ainda, como fatores de risco a ansiedade, o convívio conflituoso e outros.⁽⁴⁾

Tais situações anteriormente mencionadas, podem favorecer que as mulheres sejam acometidas pela depressão. Estudos realizados pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, por meio da pesquisa “Nascer Brasil”, apontam fatores de risco para a depressão no puerpério como: baixa condição socioeconômica, antecedentes de transtorno mental,

hábitos não saudáveis, uso de álcool, paridade alta, gravidez não-planejada e assistência de saúde inapropriada.⁽⁵⁾

Considerado que a Depressão Pós-Parto (DPP) é um problema de saúde pública e que afeta tanto a saúde da mulher grávida quanto o desenvolvimento da criança, pois a doença limita a habilidade da mãe de compreender e vivenciar a maternidade logo em seus primeiros dias, dificultando o relacionamento mãe e filho, os cuidados, a capacidade de engajamento positivo e o contato emocional com o bebê.⁽³⁾

São características de Depressão Pós-parto:

“[...] patologia proveniente de fatores relacionados ao sofrimento biopsicossocial, muitas vezes, não podendo ser controlada, atuando de forma implacável ao seu surgimento. A menoridade da mãe, ser solteira ou divorciada, condições socioeconômicas, eventos estressantes nos últimos 12 meses, história de transtorno psiquiátrico prévio e gravidez indesejada, são as principais vulnerabilidades que culmina para tal doença.”⁽⁶⁾

A puérpera nesse momento vivencia várias dificuldades inerentes a essa etapa de vida e estando depressiva, acaba prejudicando a si própria e ao bebê. A exemplo disso, essa mãe tende a amamentar pouco e a não cumprir o calendário vacinal do bebê. Assim, a criança tem maior risco de apresentar baixo peso e transtornos psicomotores. Esses efeitos ocorrem em nível social, afetivo e cognitivo da criança e podem perdurar até a infância e a adolescência.⁽⁵⁾

Para lidar com a Depressão Pós-Parto, o enfermeiro atuante na Unidade Básica de Saúde, deve prestar um atendimento qualificado às gestantes e às puérperas, estando sempre atento a fatores de risco para essa patologia. Porém, observa-se que muitas das vezes não é o que acontece, fazendo com que esses fatores de risco passem despercebidos, ocasionando quadros graves. Por outro lado, uma atenção adequada e precoce promove um processo de reconstrução da saúde da gestante/puérpera, fortalecendo assim as relações familiares e o crescimento e desenvolvimento saudável do bebê.⁽⁷⁾

Frente o exposto, o estudo têm como objetivos compreender sentimentos de mulheres gestantes acerca da gestação e do pós-parto no contexto individual e familiar; conhecer as expectativas de gestantes sobre o término da gestação e o momento de conviver com o filho após o seu nascimento; identificar os fatores que contribuem para o surgimento da DPP de forma precoce; investigar a presença ou a ausência de comportamentos indicativos para depressão. Como questões norteadoras do estudo têm-se:

Como a gestante espera viver a gestação e o momento do puerpério? Quais sentimentos e expectativas ela tem? A gestante tem compreensão sobre os riscos de desenvolver a depressão no puerpério?

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório que estudou gestantes, acompanhadas na Clínica da Família, componente da Atenção Primária.

Clínica da Família, no município de São Fidélis, Rio de Janeiro. A unidade presta assistência de saúde à população em geral e para as mulheres, o atendimento engloba todas as fases da vida, estando elas vivenciando a gravidez ou não.

A população e amostra do estudo foi constituída por 14 gestantes no terceiro trimestre de gestação. Como critério de inclusão, elencamos gestantes maiores de 18 anos e no terceiro trimestre de gestação. Quanto aos critérios de exclusão foram: menores de 18 anos de idade; gestantes que não estavam no terceiro trimestre. Os motivos de exclusão se dão pela: necessidade de anuência dos responsáveis para que as adolescentes participassem e pelo momento adequado para a abordagem do parto, puerpério e cuidados do bebê ser enfatizada, no terceiro trimestre.

Estudo realizado no período de novembro a dezembro de 2019. Para essa etapa metodológica, inicialmente, as gestantes que se encontravam na sala de espera do serviço de pré-natal foram convidadas e conduzidas a uma sala separada, onde os objetivos da pesquisa foram esclarecidos. Após o aceite para a participação e após terem passado pela consulta de pré-natal, as gestantes iam sendo encaminhadas para a entrevista individual desta pesquisa.

O instrumento que viabilizou as entrevistas foi um questionário semiestruturado contendo perguntas abertas e fechadas sobre as condições de saúde física e psicológica/emocional, além das obstétricas e socioeconômicas. Para melhor análise posterior, as entrevistas foram escritas e audiogravadas.

No que se refere a análise dos dados qualitativos, buscou-se o Método de Bardin. Esse tipo de análise de conteúdo permite ao pesquisador ir além da compreensão simples da realidade e busca uma investigação mais profunda das comunicações. Esse tipo de análise é baseada no discurso dos sujeitos.⁽⁸⁾

"[...] algumas técnicas e procedimentos da análise de conteúdo, fazem menção à análise documental como forma de condensação das informações, para consulta e armazenamento, [...] conceituando a entrevista como um

método de investigação específico e a classifica como diretivas ou não diretivas, ou seja, fechadas e abertas".⁽⁹⁾

Essa etapa de análise contemplou os passos propostos por Bardin no que concerne a: pré-análise (início), quando o material é escolhido e organizado; "leitura flutuante", quando são elaboradas as hipóteses e os objetivos da pesquisa; elaboração de indicadores; codificação dos dados agregados em unidades; e interpretação final, quando o pesquisador retorna ao referencial teórico, buscando "embasar as análises dando sentido à interpretação".⁽⁹⁾

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi realizado respeitando os princípios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Para o cumprimento dessa normatização, o anonimato foi preservado durante a aplicação da técnica de coleta de dados. CAAE 23987819.1.0000.5524.

RESULTADOS

Evidenciou-se com a pesquisa que as gestantes se encontravam com a faixa etária entre 18 e 39 anos. O número de filhos variou entre 1 e 3. Em relação ao aborto, 3 mulheres passaram por esse processo. Sobre o parto, será o primeiro de 3 entrevistadas, ou seja, a maioria delas já vivenciou a experiência do processo gestacional até a parturição. Das gestantes pesquisadas, 13 afirmaram ter companheiro, estando 11 com vida sexual ativa. Sobre a consulta de pré-natal, 7 realizaram com o médico e 7 com médico e o enfermeiro alternadamente. A maioria delas afirmou que quem é o acompanhante nessas consultas é o marido. Na esfera laboral, 6 das 14 entrevistadas trabalham e 8 pretendem trabalhar após o filho nascer. Quando perguntadas se estavam felizes com a gestação, 12 responderam que sim. 11 mulheres gostaram quando souberam qual seria o sexo do bebê e 13 afirmaram que o companheiro gostou de saber sobre a gravidez. Das 14 entrevistadas, a maioria delas conversa com alguém sobre o parto e 7 conversam com marido e familiares. Sobre as tarefas de casa, 12 delas realizam. 7 afirmaram que têm problemas para dormir e 3 têm falta de apetite. Os resultados revelaram ainda, que a maioria se sentia agitada em algum momento do dia. 5 gestantes referiram que em algum momento já se pegou entrando em pânico. 4 das entrevistadas responderam que estão intolerantes às coisas do dia a dia. Dos 14 relatos, 13 se sentem valorizadas. 8 gestantes mencionaram medo. Sobre se sentir emotiva e sensível, 13 delas responderam que sim. 4 das 14 entrevistadas, alegaram se sentir depressivas e sem ânimo e 3 mulheres responderam que já fizeram terapia antes.

DISCUSSÃO

Aspectos da gestação e do pré-natal

Observou-se que o número de aborto foi baixo entre as entrevistadas, assim pode-se pensar que a saúde das mulheres está sendo preservada através do aumento do conhecimento sobre os cuidados e os riscos para o abortamento. Devido à falta de informação, de instrução, de atendimento médico adequado, milhares de mulheres morrem por se submeterem a abortos clandestinos em clínicas particulares. Para o aborto seguro, permitido pela lei, é imprescindível uma equipe treinada e contando com regulamentações e uma infraestrutura apropriada dos sistemas de saúde.⁽¹⁰⁾ Em relação a ter companheiro e vida sexual ativa, foi revelado e é importante salientar que gestantes podem ter atividade sexual, o que pode ser conversado durante as consultas de pré-natal e através da educação e da promoção da saúde. Tais ações, desenvolvidas também pelos enfermeiros proporcionam um momento para que a mulher e/ou o casal possam ter a liberdade de falar e de receber orientações esclarecedoras e livres de julgamentos, como está descrito na ótica dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Em relação a discussão sobre educação sexual, percebe-se com as respostas obtidas que muitas mulheres não gostam de falar sobre o assunto por motivos morais, por constrangimento e por não terem o diálogo em casa com o parceiro. Se as orientações não são realizadas, pode afetar a vida sexual delas. Estudos confirmam que a saúde e a educação sexual devem ser incluídas nas consultas de pré-natal realizadas pelos enfermeiros, pois preparam os envolvidos para a maternidade e para a paternidade, além de contribuir para que as relações sexuais sejam mais satisfatórias e livres de qualquer preconceito ou risco durante a gravidez.⁽¹¹⁾ A realização das consultas de pré-natal foi revelada pelas entrevistadas, ressaltando a qualidade do acesso, o número de mínimo de consultas realizadas e ações básicas, preconizadas pelo Ministério da Saúde. As consultas eram intercaladas com enfermeiro e médico nas gestantes que não eram consideradas de risco. A consulta de enfermagem a outras situações e na assistência ao pré-natal é regulamentada desde 1986: "De acordo com o Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 [...] é privativo do enfermeiro, entre outros, fazer consulta de enfermagem e sua prescrição assistencial; e, como integrantes da equipe de saúde, prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, assim como prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido".⁽¹²⁾ Dados corroboram que essa assistência

é essencial na proteção e na prevenção de problemas decorrentes da gravidez, possibilitando a identificação e as condutas adequadas de maneira precoce. Como o cotidiano da gestante é marcado por mudanças físicas e psicológicas, o acompanhamento é integralizado e deve ser de forma interdisciplinar, como é o caso de indicação de se realizar atividades físicas e de um acompanhamento nutricional.⁽¹³⁾ Estudos comprovam que a restrição de atividade física não é mais uma constante na vida das gestantes, pois a atividade promove qualidade de vida, prevenção e controle de diversas doenças nesse período.⁽¹⁴⁾ Em relação à alimentação adequada, existem considerações importantes: "A gravidez é um dos melhores momentos para se pensar em alimentação saudável, pois não só a mãe se beneficiará dela, bem como o bebê. Uma mãe bem nutrida é capaz de fornecer todos os nutrientes necessários e pode proporcionar as condições ideais para o desenvolvimento de seu filho".⁽¹⁵⁾ O sono e o repouso também devem ser orientados para a gestante. Quase metade das entrevistadas relatou dificuldade para dormir, que pode estar relacionada à posição adotada, diferente daquela de antes, e à insônia. As causas mais comuns disso são náuseas, vômitos, aumento da frequência urinária, lombalgia, movimentos fetais, azia, câimbras ou formigamento nas pernas e dispneia. Tais alterações contribuem para o aparecimento de sentimentos negativos.⁽¹⁶⁾ A presença de um acompanhante ajuda no recebimento das orientações e conforme a humanização, é direito de toda mulher em consultas e partos, sendo escolhido também por ela. A lei a que se refere o direito ao acompanhante é a Lei nº 11.108 de abril de 2005, que permite a presença deste, escolhido pela parturiente durante todo o processo de parto e essa lei foi reforçada pela Rede Cegonha, que objetiva uma assistência de qualidade para a mãe e seu filho desde a gestação até o período pós-parto.⁽¹⁷⁾ Sendo o acompanhante o pai da criança, a relação fica mais fortalecida e pode contribuir para uma gravidez e processo de parto e pós-parto mais saudável. Nesse momento, é possível que as dúvidas sejam sanadas e o pai aprenda a cuidar do bebê e de tudo o que for necessário para que não haja sobrecarga física e mental para a mulher. A paternidade é diferente da maternidade, e é um processo mais lento, no qual, muitos homens só se sentem pais após o nascimento do bebê e no dia a dia dessa situação.⁽¹⁸⁾

Aspectos laborais durante e após a gestação

Assim como a realização das tarefas em casa, foi revelado que a maioria das mulheres deseja trabalhar após o processo de gestação e parturição, o que evidencia o empoderamento e a presença marcante das mulheres no

mercado de trabalho, para além do cuidado dos filhos e do lar. Estudiosos confirmam que “as mulheres conquistaram um novo status sobre o seu papel social e em decorrência disto assumiram novas funções”, não deixando de exercer os “papéis arraigados no imaginário social de mantenedora do lar, esposa e mãe”.⁽¹⁹⁾

Sentimentos experienciados pelas mulheres

Muitas mulheres estão felizes com a gravidez, o que pode estar relacionado com o desejo de ser mãe e com o planejamento em ter filhos. Ao mesmo tempo, a insegurança, as dúvidas e as preocupações sobre sua capacidade em exercer a função da maternidade também estão presentes. Uma saída para isso é conversar sobre essas fragilidades. As entrevistadas, em grande parte, conversam com familiares e maridos sobre isso e sobre os seus medos. O medo se dá por vários fatores e pode estar interligado a um comportamento depressivo: “O medo nem sempre se refere à dor, sendo também associado pelas parturientes ao receio da própria morte ou da morte do bebê durante o trabalho de parto. Assim, a dor, o medo, a ansiedade e outros fatores psicológicos podem, por vezes, ter efeitos estressantes e desgastantes sobre a vivência de parturição da mulher”.⁽²⁰⁾ Além do medo, muitas mulheres afirmaram que se sentiam agitadas em algum momento do dia e disseram estarem emotivas e sensíveis. Tais sentimentos podem ser decorrentes das transformações geradas pela gravidez, do seu ambiente familiar, da falta de apoio, do processo gestacional não estar de acordo com o planejado ou do parceiro não desejar o filho.⁽²¹⁾ Os sentimentos negativos, sugerindo uma situação de mal estar e tristeza, podem levar ao pânico, como foi referido e vivenciado por algumas mulheres, à falta de ânimo e até mesmo à depressão pós-parto. Essa condição de depressão traz repercussões para a vida dessa nova mãe e efeitos no desenvolvimento mãe e filho e também no decorrer do crescimento dessa criança.⁽²²⁾ A maioria das mulheres citou ter medo e dificuldades, ter preocupação, de ser o puerpério, um momento trabalhoso e cansativo. O pós-parto gera uma demanda de tempo e de entrega muito grande da mãe para com o bebê. Cabe aos profissionais de saúde apoiar e preparar essas mães e futuras puérperas e essa abordagem deve acontecer desde os encontros da consulta pré-natal.⁽²³⁾ Algumas entrevistadas diziam que o puerpério “vai ficar puxado e corrido” e outras nem souberam responder por não saber ou não querer pensar em como seria. Muitas demonstraram medo de pensar no futuro, nessa vivência, pela qual muitas delas ainda não passaram, por serem mães pela primeira vez. Vale ressaltar, que quando as gestantes procuram informações

e esclarecimentos em relação à gestação, ao parto e ao pós-parto, contribui para as suas vivências em relação ao momento, ficando menos ansiosas, mais esclarecidas e mais colaborativas com os profissionais de saúde, tendo um parto mais gratificante. Quando não se tem esse diálogo em seu âmbito familiar, a procura por palestras educativas sobre o parto e a conversa aberta com os profissionais, também ajuda: “[...] palestras como a principal fonte de informação e esclarecimento de dúvidas no pré-natal das unidades de saúde pesquisadas [...] essas ações devem ter cunho complementar e não substituir os diálogos e esclarecimentos nas consultas individuais, que se constituem em espaços que permitem abordar aspectos subjetivos e específicos de cada mulher em acompanhamento”.⁽²⁰⁾ A ênfase para a prática do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) é debatida por ser um nível de atenção e porta de entrada para acolher e dar resolutividade às necessidades dos usuários, principalmente essa mulher que passa pela gestação e pelo puerpério, fases diferentes e de adaptações no cotidiano dela. Estudiosos afirmam que, através de evidências científicas, os enfermeiros devem ser preparados para atuarem na APS desde o seu processo de formação e para isso, são necessários programas educacionais alinhados à universalidade na saúde, além dos outros princípios do Sistema Único de Saúde.⁽²⁴⁾

Como limitações para esse estudo, pontua-se não ter entrevistado as adolescentes atendidas naquela unidade, devido ao tempo que seria necessário para cumprir os preceitos éticos em relação aos indivíduos menores de 18 anos e à anuência dos responsáveis. Sabe-se que essas mulheres também têm necessidades, sentimentos e precisam da integralização do cuidado. Sendo assim, o estudo não foi conduzido de maneira universal quando excluiu essas gestantes adolescentes.

O estudo contribui para a prática de enfermagem cada vez mais voltada para a integralidade do cuidado, pois se entende como crucial olhar para o corpo físico e para as condições psicológicas, culturais e sociais dessas gestantes. Além disso, coadjuva para que as ações sejam pautadas nas políticas públicas no que diz respeito à assistência de qualidade e humanizada.

CONCLUSÃO

Os sentimentos expressados pelas mulheres foram de felicidade com a gravidez, com a realização de desejo de ser mãe, mesmo não sendo explicitado o planejamento em ter filhos naquele momento. Ao mesmo tempo, esses sentimentos se misturam com insegurança, dúvidas e preocupações sobre o exercício da maternidade, sobre as

transformações com a chegada do filho. Com isso, também foi identificado que se sentiam agitadas em algum momento do dia, emotivas, sensíveis, com mal estar, tristeza, sensação de pânico, falta de ânimo e até mesmo a depressão, conforme relatos. Todos esses sentimentos podem ter sido vivenciados por elas antes do fato de serem mães, mas sabe-se que as gestantes se modificam também psicologicamente, por ser um momento marcado pelo misto de sensações que perdura até após o nascimento do bebê, com a adaptação entre eles. Assim, espera-se que o apoio familiar diminua os sentimentos negativos, principalmente se o pai do bebê estiver presente e participar ativamente disso, principalmente no puerpério, momento de muitas tarefas e dedicação ao filho. Esses sentimentos que prejudicam a saúde da gestante, incluindo o sono e a nutrição, podem ser indicativos de depressão. Quando a mulher está depressiva no puerpério, os cuidados com ela mesma, com a casa e, principalmente, com o bebê ficam depreciados e negligenciados, pois a tristeza e a apatia, impedem as pessoas de realizarem tarefas consideradas simples. As mulheres já se mostraram exercendo a maternidade desde a gestação, quando cuidam de si e do bebê gerado nelas, o que é diferente do pai, que só desenvolve a paternidade, na maioria das vezes, após o bebê nascer. Elas, em sua maioria, esperam e desejam trabalhar fora de casa após o nascimento do filho, evidenciando a retomada da vida de

antes e o aumento da presença feminina no mercado de trabalho. O medo e as dificuldades foram demonstrados pelas mulheres para o momento do puerpério, um período de sobrecarga física e mental. Esses sentimentos podem ser amenizados e a depressão pode ser evitada, se essas mulheres forem apoiadas por familiares ou pelo parceiro. Somando-se a isso, o acompanhamento e o apoio profissional. A consulta de enfermagem se mostra eficaz para a saúde mental das mulheres quanto aos esclarecimentos e à capacitação para o cuidado delas e do seu filho. Outras vertentes também devem ser abordadas, com o olhar integral voltado para as mulheres, como a vida sexual, o apoio familiar, a prevenção do aborto, a atividade física, alimentação, sono e repouso. A gestante bem esclarecida, segura e apoiada tem menor chance de se aproximar de sentimentos negativos e de desenvolver a depressão pós-parto.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo - Elayne Arantes Elias e Jhessika de Paula Pinho; Coleta de dados - Jhessika de Paula Pinho; Análise e interpretação dos dados - Elayne Arantes Elias, Jhessika de Paula Pinho e Sara Ribeiro de Oliveira; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito - Elayne Arantes Elias, Jhessika de Paula Pinho e Sara Ribeiro de Oliveira; Aprovação da versão final a ser publicada - Elayne Arantes Elias.

REFERÊNCIAS

1. Assunção CS, Rizzo ER, Santos ME, Basílio MD, Messias CM, Carvalho JB. O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes. *Rev Fund Care Online*. 2019;11(3):576-81.
2. Dias EG, Anjos GB, Alves L, Pereira SN, Campos LM. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. *Sustinere*. 2018;6(1):52-62.
3. Krob AD, Godoy J, Leite KP, Mori SG. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. *Rev Psicol Saúde*. 2017;9(3):3-16.
4. Rodrigues LN, Santos AS, Torquato RC, Lopes AP, Gomes PP, Chaves EM. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em nutrízes acompanhadas na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2019;10(6):125-30.
5. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2016 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>
6. Tolentino EC, Maximino DA, Souto CG. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2016;14(1):59-66.
7. Fonseca MO, Tavares DM, Rodrigues LR. Investigação dos fatores indicativos de depressão pós-parto em dois grupos de puérperas. *Ciênc Cuid Saúde*. 2009;8(3):321-8.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
10. Santos KM. Legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. Impacto do aborto na mulher. [Internet]. 2019 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/74327/legislacao-sobre-o-aborto-e-seu-impacto-na-saude-da-mulher>
11. Fernández-Sola C, Huankara-Kana D, Granero-Molina J, Carmona-Samper E, López Rodríguez MM, Hernández-Padilla JM. Sexuality throughout all the stages of pregnancy: experiences of expectant mothers. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):305-12.
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF):COFEN; 1986. [citado 2020 Set 23]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
13. Nunes JT, Gomes KR, Rodrigues MT, Mascarenhas MD. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(2):252-61.
14. Acencio F, Soaigher K, Ferracini M, Cortez D. Efeitos fisiológicos decorrentes do exercício físico no organismo materno durante a gestação. *Cinergis*. 2016;18(1):73-6.

15. Brasil. Senado Federal. Cartilha Orientações Nutricionais da Gestação à Primeira Infância. Brasília (DF): Senado Federal; 2020. [citado 2021 Mai 17]. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/509815?show=full>
16. Fagundes DL. Avaliação da qualidade do sono em gestantes. Recife [Dissertação]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco; 2019.
17. Holanda SM, Castro RC, Aquin PS, Pinheiro AK, Lopes LG, Martins ES. Influence of the partner's participation in the prenatal care: satisfaction of primiparous women regarding the support in labor. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e3800016.
18. Ferreira AD, Martendal ML, Santos CM, Birolo IV, Lopes R. Participação do pai no nascimento; sentimentos revelados. *Inova Saude*. 2014;3(2):16-36.
19. Garcia CF, Viécili J. Implicações do retorno ao trabalho após licença-maternidade na rotina e no trabalho da mulher. *Fractal Rev Psicol*. 2018;30(2):271-80.
20. Tostes NA, Seidl EM. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas Psicol*. 2016;24(2):681-93.
21. Moura VF, Pedrão LJ, Souza AC, Boaventura RP. Depression among pregnant women at the end of pregnancy. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2015;11(4):234-42.
22. Kliemann A, Böing E, Crepaldi MA. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças Psicol Saúde*. 2017;25(2):69-76.
23. Santos AS, Mazzo MH, Brito RS. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. *Rev Enferm UFPE on-line*. 2015;9(Supl. 2):858-63.
24. Felix AM, Maia FO, Soares RA. Atenção primária à saúde e educação em enfermagem no Brasil. *Enferm Foco*. 2019;10(6):175-81.

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO PROVOCAM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO EM RECÉM-NASCIDOS

HYPERTENSIVE GESTATIONAL SYNDROMES CAUSE ACUTE RESPIRATORY DISTRESS IN NEWBORNS

LOS SÍNDROMES HIPERTENSIVOS ESPECÍFICOS DEL EMBARAZO PROVOCAN DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA EN LOS RECIÉN NACIDOS

Nayara Franklin Cesar¹

Amanda Santos Fernandes Coelho¹

Taynara Cassimiro de Moura Alves²

Priscila Salomão da Silva¹

Marília Cordeiro de Sousa³

Janaina Valadares Guimarães⁴

(<https://orcid.org/0000-0003-3857-554X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5379-2740>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0312-934X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9511-7444>)

(<https://orcid.org.0000-0001-6643-2365>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1012-4405>)

Descritores

Complicações da gravidez; Gravidez de alto risco; Hipertensão; Pré-eclâmpsia

Descriptors

Pregnancy complications; Pregnancy high-risk; Hypertension; Pre-eclampsia

Descriptores

Complicaciones del embarazo; Embarazo de alto riesgo; Hipertensión; Preeclampsia

Recebido

29 de Junho de 2020

Aceito

5 de Março de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Amanda Santos Fernandes Coelho
E-mail: residenciaeo.hmi@igh.org.br

RESUMO

Objetivo: Associar as síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG) com desconforto respiratório agudo em recém-nascidos (RN).

Métodos: Estudo transversal, prospectivo, composto por 130 puérperas com SHEG e 142 RN. Os dados foram coletados através de questionário entre junho e setembro de 2018. Foram utilizados os testes de qui-quadrado de Yates e Exato de Fisher.

Resultados: O diagnóstico de SHEG mais prevalente foi pré-eclâmpsia (48,46%). Predominou RN prematuro (62,68%), que necessitou de cuidados intensivos neonatais (61,36%). O diagnóstico de pré-eclâmpsia associou-se a prematuridade (0,01744), baixo peso (0,009306), desconforto respiratório (<0,0000001) e uso de suporte ventilatório (<0,0000001), e de pré-eclâmpsia sobreposta associou-se com desconforto respiratório (0,0006261) e uso de suporte ventilatório (0,0006261).

Conclusão: É importante identificar precocemente as SHEG e oferecer uma assistência de qualidade durante o processo gravídico para reduzir os desfechos neonatais desfavoráveis e a taxa de mortalidade infantil.

ABSTRACT

Objective: To associate the hypertensive gestational syndromes (SHEG) with acute respiratory distress in newborns (RN).

Methods: A prospective, cross-sectional study of 130 puerperal women with SHEG and 142 newborns. Data were collected by means of a questionnaire between June and September 2018. It was used the Yates chi-square test and Fisher's exact test.

Results: The most prevalent diagnosis of SHEG was preeclampsia (48,46%). Premature newborns were predominating (62,68%), who needed neonatal intensive care (61,36%). The diagnosis of preeclampsia was associated with prematurity (0,01744), low weight (0,009306), respiratory distress (<0,0000001) and use of ventilatory support (<0,0000001), and overlapping preeclampsia was associated with respiratory distress (0,0006261) and the use of ventilatory support (0,0006261).

Conclusion: It is important to identify early SHEG and provide quality care during the pregnancy process to reduce unfavorable neonatal outcomes and the infant mortality rate.

RESUMEN

Objetivo: Asociar los síndromes hipertensivos específicos del embarazo (SHEG) con la dificultad respiratoria aguda en recién nacidos (RN).

Métodos: Estudio transversal, prospectivo, compuesto por 130 puérperas con SHEG y 142 recién nacidos. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario entre junio y septiembre de 2018. Se utilizó las pruebas de chi-cuadrado de Yates y Exacto de Fisher.

Resultados: El diagnóstico de SHEG más prevalente fue preeclampsia (48,46%). Predominó recién nacidos prematuro (62,68%), que necesitó de cuidados intensivos neonatales (61,36%). El diagnóstico de preeclampsia se asoció a la prematuridad (0,01744), bajo peso (0,009306), dificultad respiratoria (<0,0000001) y uso de soporte ventilatorio (<0,0000001), y el de preeclampsia superpuesta se asoció con dificultad respiratoria (0,0006261) y uso de soporte ventilatorio (0,0006261).

Conclusión: Es importante identificar precozmente el SHEG y ofrecer una asistencia de calidad durante el proceso gravídico para reducir los resultados neonatales desfavorables y la tasa de mortalidad infantil.

¹Hospital Materno Infantil, Goiânia, GO, Brasil.

²Faculdade Alfredo Nasser, Goiânia, GO, Brasil.

³Maternidade Nascer Cidadão, Goiânia, GO, Brasil.

⁴Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Como citar:

Cesar NF, Coelho AS, Alves TC, Silva PS, Sousa MC, Guimarães JV. Síndromes hipertensivas específicas da gestação provocam desconforto respiratório agudo em recém-nascidos. *Enferm Foco*. 2021;12(2):290-6.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4105

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG) integram um conjunto de alterações que eleva os riscos de complicações na gestação, com resultados significativos nos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, acarretando limitações definitivas para a mulher e problemas graves ao recém-nascido (RN).⁽¹⁾

A hipertensão arterial é a intercorrência mais frequente no período gestacional e puerperal, sendo considerada a primeira causa de mortalidade materna no Brasil, sobretudo, quando desenvolve suas formas mais graves, tais como a ecâmpsia e a síndrome de HELLP.⁽²⁾ A SHEG pode afetar de 2 a 10% de todas as gestações, entretanto, essa prevalência pode variar conforme a população estudada e os critérios para definição do diagnóstico, e a preponderância das SHEG pode variar de 5% a 17% nas gestações.^(3,4) Em um estudo realizado em um serviço de Referência Secundária de um município do estado de Minas Gerais, identificou que o motivo mais prevalente de encaminhamento para pré-natal de alto risco, foi a SHEG (19%).⁽³⁾

A melhoria nas condições de saúde materna e redução da mortalidade materna estão inclusas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), todos estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). A sobrevivência materna aumentou significativamente com a redução da taxa de óbito materno de 45% em nível mundial. Porém, mesmo com esse progresso, centenas de mulheres ainda morrem diariamente durante a gestação e em decorrência de complicações relacionadas ao parto. Em 2013, a maioria dos óbitos maternos ocorreu em países em desenvolvimento, com aproximadamente 289.000 óbitos, sendo a maior parte destas mortes evitáveis.⁽⁵⁾

O Brasil participa dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e tem como meta, até 2030, a redução da mortalidade neonatal para menos de 12 por 1000 nascidos vivos.⁽⁶⁾ A maioria dos óbitos na infância acontece no primeiro ano de vida, especialmente no primeiro mês, sendo a prematuridade a principal causa de mortalidade no Brasil. Contudo, é evidenciada a importância de uma assistência de saúde de qualidade para prevenir os fatores de risco relacionados à gestação, ao parto e ao pós-parto.⁽⁷⁾

As SHEG podem acarretar complicações graves para saúde materna, além de complicações para os recém-nascidos, como a prematuridade, baixo peso ao nascer, infecção neonatal, restrição do crescimento intrauterino, índice de apgar baixo no 1º e no 5º minuto de vida, óbito fetal/neonatal.^(4,8)

Mediante o exposto, o presente estudo tem como objetivo associar as SHEG com desconforto respiratório agudo

em recém-nascidos em um hospital de referência em gestação de alto risco da região central do Brasil.

MÉTODOS

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

A amostra do estudo foi composta por 130 puérperas e seus 142 recém-nascidos.

O cálculo amostral foi obtido através da média de partos realizados durante um ano no hospital e foram considerados os partos de baixo risco, o que totalizou em uma população de 2000 puérperas/ano, levando em consideração erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e percentual máximo de SHEG de 10%. Portanto, a amostra final constitui-se de 130 puérperas e seus 142 recém-nascidos, sendo estes em número superior à amostra de puérperas devido às gestações múltiplas.

Os critérios de inclusão foram puérperas com parto a termo ou prematuro, diagnosticadas com SHEG, clinicamente estáveis, internadas na enfermaria, independentemente da via de parto ou paridade, por seus RN (vivo, óbito fetal ou neonatal) e seus prontuários. Foram excluídas do estudo puérperas em que o diagnóstico de SHEG foi descartado durante a internação, após exames complementares e que estavam internadas na UTI materna.

A pesquisa foi realizada em um hospital público da rede SUS da região central do Brasil, especializado na saúde da mulher e da criança.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado, desenvolvido especificamente para aplicação neste estudo, e construído a partir de revisão da literatura sobre o tema,^(1,9,10) entre o período de junho e setembro de 2018.

As puérperas que aceitavam participar do estudo assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou o Termo de Assentimento (TA) e, após assinatura do TCLE, eram avaliadas suas condições clínicas (verificação de nível de consciência, sinais vitais e presença de complicações) e direcionadas individualmente pela pesquisadora a uma sala reservada na unidade hospitalar para que o questionário fosse aplicado. Após o preenchimento do questionário, cada puérpera retornava para o setor de origem, onde as condições clínicas eram novamente avaliadas pela pesquisadora. Os dados complementares foram coletados no prontuário das puérperas e seus RN.

O estudo compreendeu analisar variáveis maternas sociodemográficas (faixa etária, naturalidade, município de residência, cor, situação conjugal, escolaridade, atividade remunerada e renda familiar) e clínico-obstétricas

(tabagismo, etilismo, atividade física, doença prévia, IMC, número de gestação/parto/aborto, número de consultas de pré-natal, tipo de gestação atual, tipo de parto atual e IG do parto).

Também foram analisadas as variáveis do diagnóstico das SHEG (classificação das SHEG, IG do diagnóstico das SHEG, uso de anti-hipertensivo durante a gestação, histórico de SHEG em gestação anterior, histórico familiar de HAC/SHEG, histórico de internações prévias durante a gestação, unidade de internação e complicações pós-parto) e as neonatais (sexo, peso, idade gestacional, desvio de crescimento intrauterino, apgar, unidade de internação, suporte ventilatório, desfecho do RN).

Para análise estatística do estudo, as informações foram transcritas para uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel® 2017. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente, por meio de distribuição de frequências, médias e desvio padrão. Aplicaram-se os testes de qui-quadrado de Yates e Exato de Fisher para análise estatística, sendo consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ($p < 0,05$). Na apresentação dos resultados, os totais variam devido à exclusão de dados sem informação.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil, com número do parecer 2.704.760, CAAE: 80901617.0.0000.5080. Em cumprimento ao item V da Resolução nº 466/12,⁽¹¹⁾ foram aplicados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou o Termo de Assentimento (TA).

RESULTADOS

Em relação à caracterização do perfil sociodemográfico das puérperas com diagnóstico de SHEG, o presente estudo verificou que a faixa etária que predominou foi de 19 a 35 anos (76,92%) e com média de idade de $27,52 \pm 7,25$ anos. As puérperas eram naturais do estado de Goiás (65,38%), residentes em outros municípios do estado de Goiás (65,38%), de cor não branca (85,38%), com companheiro (85,38%), com a escolaridade de até 8 anos (50,77%), que não exerciam atividade remunerada (63,85%) e que tinham uma renda familiar de um a dois salários-mínimos (85,38%). No que concerne aos dados clínicos, observou-se a frequência de puérperas não fumantes (97,69%), não etilistas (86,92%), sem histórico de doença prévia (70,77%), sedentárias (74,62%) e que se encontravam acima do peso (63,84%), sendo classificadas como sobrepeso e obesidade, apresentando uma média de IMC $29,00 \pm 7,85$. Quanto aos dados obstétricos, foram mais frequentes puérperas primíparas (46,92%), sem antecedente de abortamento (76,92%), que

realizaram o pré-natal (97,69%) com 6 consultas ou mais (66,92%), com média de $7,23 \pm 3,68$ consultas. E em relação à gestação atual foi do tipo única (90,77%), via de parto cesáreo (80%), com IG do parto menor que 37 semanas (59,69%) e com média de $34,94 \pm 3,90$ semanas de gestação. Verificou-se que o diagnóstico de SHEG mais prevalente foi pré-eclâmpsia (48,46%), seguida de pré-eclâmpsia sobreposta (17,69%). A maioria das puérperas foi diagnosticada com SHEG após a 20ª semana de gestação (66,15%) e fizeram uso de anti-hipertensivo durante a gestação (64,62%). Houve uma maior frequência de puérperas sem histórico de SHEG nas gestações anteriores (33,85%), com histórico familiar de HAC (59,23%) e de SHEG em apenas (30,77%) dos seus familiares (Tabela 1). Em relação aos desfechos maternos, as puérperas não necessitaram de outras internações durante a gestação (56,92%), a unidade de internação mais frequente foi enfermaria (84,62%), com média de $7,23 \pm 4,90$ de dias de internação, não tiveram complicações pós-parto (77,69%) (Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis do diagnóstico das síndromes hipertensivas específicas da gestação

SHEG e desfechos maternos	n(%)
Classificação das SHEG	
Pré-eclâmpsia	63(48,46)
Pré-eclâmpsia sobreposta	23(17,69)
Eclâmpsia	4(3,08)
Síndrome de HELLP	12(9,23)
Hipertensão arterial crônica	22(16,92)
Hipertensão transitória da gestação	6(4,62)
IG do diagnóstico das SHEG	
Antes da 20ª semana	44(33,85)
Após a 20ª semana	86(66,15)
Uso de anti-hipertensivo na gestação	
Sim	84(64,62)
Não	46(35,38)
Histórico de SHEG nas gestações anteriores	
Sim	34(26,15)
Não	44(33,85)
Não se aplica (Primigesta)	52(40)
Histórico familiar de SHEG	
Sim	40(30,77)
Não	90(69,23)
Histórico familiar de HAC	
Sim	77(59,23)
Não	53(40,77)
Histórico de internações prévias durante a gestação	
Sim	56(43,08)
Não	74(56,92)
Unidade de internação	
Enfermaria	110(84,62)
UTI materna	20(15,38)
Complicações pós-parto	
Sim	29(22,31)
Não	101(77,69)

No que concerne aos desfechos neonatais, observou-se que pouco mais da metade dos recém-nascidos era

do sexo masculino (51,06%) e pesaram acima de 2500 gramas (51,08%). Predominou a idade gestacional <37 semanas (62,68%), com peso adequado para idade gestacional

Tabela 2. Variáveis neonatais dos recém-nascidos de puérperas com síndromes hipertensivas específicas da gestação

Desfechos neonatais	n(%)
Sexo	
Masculino	72(51,06)
Feminino	69(48,94)
Peso	
<2500	68(48,92)
≥2500	71(51,08)
Idade gestacional	
<37	89(62,68)
≥37	53(37,32)
Desvio de crescimento intrauterino	
PIG	21(15,91)
AIG	103(78,03)
GIG	8(6,06)
Apgar 1º minuto	
<7	36(27,27)
≥7	96(72,73)
Apgar 5º minuto	
<7	6(4,55)
≥7	126(95,45)
Unidade de internação	
ALCON	51(38,64)
UTIN	81(61,36)
Suporte ventilatório	
Sim	74(56,06)
Não	58(43,94)
Desfecho do RN	
Internado no hospital do estudo	75(52,81)
Transferido para outro hospital	51(35,92)
Óbito fetal/neonatal	16(11,27)

PIG - pequeno para idade gestacional; AIG - adequado para idade gestacional; GIG - grande para idade gestacional; ALCON - alojamento conjunto; UTIN - unidade de terapia intensiva neonatal. Nota: Os totais variam devido à exclusão de dados sem informação

(AIG) (78,03%). O apgar ≥7 foi o mais frequente no primeiro minuto de vida (72,73%) e no quinto minuto (95,45%), a maioria dos recém-nascidos foi encaminhada para UTI Neonatal (UTIN) (61,36%) e necessitou de suporte ventilatório (56,06%), e em apenas 11,27% dos casos houve óbito (Tabela 2).

Verificou-se uma associação com diagnóstico de pré-eclâmpsia com prematuridade (0.01744), baixo peso ao nascer (0.009306), desconforto respiratório (0.0000001) e necessidade de suporte ventilatório (0.0000001) (Tabela 3). Verificou-se uma associação com diagnóstico de pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica com desconforto respiratório do recém-nascido (0.0006261) e necessidade de suporte ventilatório (0.0006261) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

No presente estudo foi verificado que as formas graves de SHEG se relacionam com os desfechos neonatais desfavoráveis, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer, desconforto respiratório agudo, necessidade de suporte ventilatório e de internação em UTIN. As SHEG estão entre as intercorrências obstétricas mais comuns nas gestações e apresentam um elevado risco de morbimortalidade materna e perinatal, estão relacionadas à prematuridade, devido a interrupção da gravidez por motivos de comprometimento da saúde materna e fetal e por esta ser alternativa de tratamento mais segura.⁽¹²⁾

Na presente pesquisa houve predominância de recém-nascidos prematuros (62,68%), que necessitaram de

Tabela 3. Associação das síndromes hipertensivas específicas da gestação com desfechos neonatais

SHEG/ desfechos neonatais	Pré-eclâmpsia			Pré-eclâmpsia sobreposta			Eclâmpsia			Síndrome de HELLP		
	RN UTIN n=64		p-value	RN UTIN n=21		p-value	RN UTIN n=5		p-value	RN UTIN n=13		p-value
	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	
IG												
<37	32	11	0.01744*	12	02	0.1285**	02	00	>0.99999999	10	01	0.5897**
≥37	09	13		03	04		02	01		01	01	
Peso												
<2500	27	07	0.009306*	08	01	0.2968**	03	00	>0.99999999**	09	01	0.8462**
≥2500	14	17		07	05		01	01		02	01	
Desconforto respiratório												
Sim	36	00	<0.0000001*	14	00	0.0006261**	04	00	0.7314	11	00	0.07620**
Não	05	24		01	06		00	01		00	02	
Apgar 1º minuto												
<7	12	02	0.09517*	07	00	0.2076**	02	00	>0.99999999**	07	00	0.5861**
≥7	29	22		08	06		02	01		04	02	
Apgar 5º minuto												
<7	03	00	0.4881**	00	00	>0.99999999**	01	00	>0.99999999**	02	00	>0.99999999
≥7	38	24		15	06		03	01		09	02	
Suporte Ventilatório												
Sim	35	00	<0.0000001*	14	00	0.0006261**	04	00	0.7314**	11	00	0.07620**
Não	06	24		01	06		00	01		00	02	

*Testes qui-quadrado; **Teste Exato de Fisher

cuidados intensivos neonatais (61,36%) e de suporte ventilatório (56,06%). A prematuridade traz várias complicações para o RN, destacando-se a síndrome do desconforto respiratório, que é a comorbidade do sistema respiratório mais comum no RN pré-termo (RNPT), pois está associada à imaturidade pulmonar e à deficiência de surfactante, sendo que, quanto menor a idade gestacional, maior a chance de desenvolver essa patologia.⁽¹³⁾

O principal motivo de internação de recém-nascido em UTIN é a prematuridade (77,04%), sendo que a maioria dos neonatos evolui com necessidade de mais de uma forma de suporte ventilatório ou oxigênio e assistência fisioterapêutica durante a internação na UTIN.⁽¹⁴⁾ A literatura evidencia que as principais complicações dos RN que precisam de cuidados em UTIN são a prematuridade (71,4%), os problemas respiratórios (46,1%), hipoglicemia (28,6%), as malformações congênitas (19,3%), sendo que as SHEG são as doenças maternas que estão fortemente associadas aos desfechos desfavoráveis para o concepto.⁽¹⁵⁾

O RNPT necessita de cuidado especializado e de uma equipe capacitada na assistência hospitalar ao RN, especialmente na reanimação neonatal no intuito de reduzir a mortalidade neonatal.⁽⁷⁾ O período neonatal é o de maior vulnerabilidade devido às adaptações fisiológicas, anatômicas e familiares, contudo, quando há condições clínicas de risco à vida, como a prematuridade, os distúrbios respiratórios, dentre outros, o RN é submetido a unidades especializadas em cuidados neonatais.⁽¹⁵⁾

No presente estudo foi observado que houve uma relação com o diagnóstico de pré-eclâmpsia e baixo peso ao nascer ($p=0.009306$), resultado semelhante encontrado em outros estudos.^(4,15) Pesquisas demonstram que mulheres com SHEG têm 2,6 vezes mais chances de ter um RN com baixo peso, por este motivo se faz necessário um acompanhamento especializado no período gravídico, pois o baixo peso está relacionado à prematuridade, que pode acometer o RN com consequências a curto e longo prazo.⁽⁴⁾

Nesta pesquisa, a maioria dos RN apresentou boa vitalidade ao nascer quanto ao escore de apgar no primeiro (72,73%) e quinto minutos de vida (95,45%), resultado que difere de outras literaturas que abordam SHEG.⁽⁴⁾ Presença de anóxia perinatal e sua associação com escores de apgar nos primeiros minutos de vida do RN compõem condição frequentemente relacionada a complicações neonatais.⁽¹⁴⁾ As intercorrências maternas como SHEG e hemorragias, a hipóxia intrauterina, a asfixia ao nascer e o trabalho de parto prematuro são evidenciados como os principais causadores de óbitos perinatais.⁽¹⁶⁾

O presente estudo verificou que a maioria das mulheres realizou pré-natal adequado de acordo com o que é recomendado pelo Ministério da Saúde. A importância de um acompanhamento de gestantes no pré-natal de alto risco é indiscutível, pois haverá então consultas especializadas, exames direcionados, referência ao parto e outros procedimentos que facilitam no seguimento do processo gestacional, reduzindo assim os riscos obstétricos e neonatais.

Entretanto, mesmo com acompanhamento de pré-natal adequado, a presença de SHEG está relacionada ao maior risco de um parto cirúrgico, sendo esta a via escolhida em situações de urgência, em que a gestação deve ser interrompida com finalidade de reduzir as possíveis complicações que influenciam na vitalidade fetal, preservando a vida materna e fetal.⁽¹⁷⁾ A via de parto predominante na atual pesquisa foi o parto cesáreo (80%).

Em relação às variáveis sociodemográficas do estudo, houve uma prevalência de mulheres jovens, semelhante com a literatura.⁽¹⁸⁾ Mulheres com idade de 35 anos ou mais estão mais propícias a desfechos perinatais adversos e com maior probabilidade de desenvolver uma patologia e mortalidade materna, sendo consideradas gestações tardias.⁽¹⁸⁾

Verificou-se que a maioria das puérperas era residente de outros municípios do estado de Goiás (65,38%), provavelmente devido à falta de serviços obstétricos nos locais de origem desta população. Diante desta situação, é percebida uma procura pela assistência obstétrica nas capitais, onde há centros especializados em obstetria, fato que se faz frequente na realidade brasileira e que repercute na demora no atendimento obstétrico, na superlotação nos serviços de referência e consequentemente nos desfechos maternos e neonatais.^(19,20)

No que se refere à cor, houve predomínio de puérperas de cor não branca (85,38%), sendo a cor parda a mais citada (69,23%). As mulheres de cor não branca apresentam maior predisposição à hipertensão arterial crônica, este fato eleva a incidência de pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão.⁽⁸⁾

Diversos fatores influenciam para o desenvolvimento das SHEG, um destes fatores é a obesidade,^(2,8) a qual foi identificada nesse estudo, além do sedentarismo. Estudos demonstram que obesidade é fator de risco para nascimento de RN pré-termo, uma vez que o quadro nutricional inadequado da gestante pode afetar no desenvolvimento e no crescimento do feto assim como a progresso da gestação. Em contrapartida, a atividade física moderada durante ou até mesmo antes a gravidez de risco habitual traz benefícios para gestante, uma vez que previne a obesidade, a hipertensão e a diabetes gestacional.⁽²¹⁾

O estudo tem como limitação a falta do seguimento de alguns recém-nascidos que necessitaram ser encaminhados a outros hospitais que tinham vagas na UTIN, devido à demanda de RN no hospital do estudo ser maior que a quantidade de leitos ofertados. Tal superlotação ocorre por motivo do hospital ser referência em gestação de alto risco no estado de Goiás, havendo assim a perda de alguns dados, a qual repercutiu na totalidade da amostra dos RN.

O estudo contribuiu para reflexão da assistência a gestante com SHEG e ao recém-nascido de alto risco, por ser uma comorbidade que tem elevado índice de morbimortalidade, ressalta a importância da capacitação dos profissionais de obstetrícia e de neonatologia para aumentar a sobrevida e qualidade de vida do binômio mãe-filho.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que as SHEG estiveram associadas com desfechos neonatais desfavoráveis, isto é, recém-nascidos instáveis e que precisaram de suporte avançado de vida, refletindo em um alto risco de morbimortalidade neonatal. Há uma necessidade de estudos que avalie tanto a eficácia das políticas públicas voltadas para saúde da mulher e do RN, quanto que auxiliem os profissionais de saúde a realizar um acompanhamento adequado de pré-natal, com encaminhamento oportuno da gestante para serviços de obstetrícia de alta complexidade, que também disponibilize uma equipe capacitada para prestar cuidados especializados ao RN com desconforto respiratório e outras comorbidades ocasionadas pelas

SHEG. Os dados encontrados nessa pesquisa contribuem para refletir sobre a assistência do RN e da mulher no contexto das SHEG. Sugere-se que sejam realizados novos estudos para propor novas estratégias e cuidados especializados que diminuam as complicações ao neonato e à mãe, através de uma abordagem que identifique precocemente as síndromes hipertensivas e suas complicações, bem como fortaleça o acompanhamento adequado do processo gravídico.

Agradecimentos

Agradecemos à instituição hospitalar que sediou a pesquisa e também ao Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem Obstétrica da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Contribuições

Concepção e/ou desenho da pesquisa: Nayara Franklin Cesar, Marília Cordeiro de Sousa, Amanda Santos Fernandes Coelho. Análise e interpretação dos dados: Nayara Franklin Cesar, Marília Cordeiro de Sousa, Amanda Santos Fernandes Coelho e Janaina Valadares Guimarães. Redação do artigo: Nayara Franklin Cesar, Marília Cordeiro de Sousa e Taynara Cassimiro de Moura Alves. Revisão crítica: Amanda Santos Fernandes Coelho, Janaina Valadares Guimarães e Priscila Salomão da Silva. Revisão final: Amanda Santos Fernandes Coelho, Nayara Franklin Cesar, Marília Cordeiro de Sousa, Taynara Cassimiro de Moura Alves e Priscila Salomão da Silva.

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Pré-eclâmpsia [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2017 [cited 2019 Mar 5]. Available from: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAYMPSIA.pdf
2. Araujo IF, Santos PA, Santos PA, Franklin TA. Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(10):4254-62.
3. Teles PA, Costa EM, Panobianco MS, Gozzo TO, Paterra TS, Nunes LC. Prevalentes em gestantes de alto risco. *Enferm Foco*. 2019;10(3):119-25.
4. Antunes MB, Demitto MO, Gravena AA, Padovani C, Pelloso SM. Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. *Rev Min Enferm*. 2017;21:e-1057.
5. United Nations. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015 [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2019 Feb 10]. Available from: <http://abm.org.br/ods/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-sobre-os-Objetivos-do-Milenio-2015.pdf>
6. United Nations. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030: objetivo 3 – saúde de qualidade. New York: United Nations; 2015 [cited 2019 Feb 10]. Available from: <https://unric.org/pt/objetivo-3-saude-de-qualidade-2/>
7. França EB, Lansky S, Rego MA, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de carga global de doença. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):46-60.
8. Oliveira AC, Santos AA, Bezerra AR, Barros AM, Tavares MC. Fatores maternos e resultados perinatais adversos em portadoras de pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(2):113-20.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestação de alto risco: Manual Técnico [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Jan 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
10. Zanatelli C, Doberstein C, Girardi JP, Posser J, Beck DG. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna. *Rev Saúde Integr*. 2016;9(17):73-81.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

seres humano [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2012 [cited 2019 Jan 20]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>

12. Silva PL, Oliveira JS, Santos AP, Vaz MD. Cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de Minas Gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia: aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos. *J Health Biol Sci.* 2017;5(4):346-51.

13. Nascimento Junior FJ, Silva JV, Ferreira AL, Rodrigues AP. A síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido: fisiopatologia e desafios assistenciais. *Discip Sci Sér Ciênc Biol Saúde.* 2014;2(2):189-98.

14. Lima SS, Silva SM, Avila PE, Nicolau MV, Neves PF. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. *ABCS Health Sci.* 2015;20(2):62-8.

15. Costa LD, Andersen VF, Perondi AR, França VF, Cavalheiri JC, Bortoloti DS. Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(4):e20458.

16. Rêgo MG, Vilela MB, Oliveira CM, Bonfim CV. Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39(1):1-8.

17. Bacelar EB, Costa MC, Gama SG, Amaral MT, Almeida AH. Fatores associados à síndrome hipertensiva específica da gestação em puérperas adolescentes e adultas jovens da região nordeste do Brasil: análise múltipla em modelos hierárquicos. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2017;17(4):683-91.

18. Lima JP, Veras LL, Pedrosa EK, Oliveira GS, Guedes MV. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. *Rev Rene.* 2018;19:e3455.

19. Castro BM, Ramos SC. Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus-AM. *Rev Saúde (St Maria).* 2016;42(1):103-12.

20. Lima MR, Coelho AS, Salge AK, Guimarães JV, Costa OS, Sousa TC, et al. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. *Cad Saúde Colet.* 2017;25(3):324-31.

21. Teixeira GA, Carvalho JB, Rocha BG, Pereira AS, Enders BC. Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo. *Cogitare Enferm.* 2018;23(1):e51409.

VULNERABILIDADE SOCIAL E COBERTURA DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

SOCIAL VULNERABILITY AND COVERAGE OF THE EXTENDED FAMILY HEALTH AND PRIMARY CARE CENTERS

VULNERABILIDAD SOCIAL Y COBERTURA DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR EXTENDIDA Y ATENCIÓN PRIMARIA

João Pedro Angelici Virginio¹

Alessandro Igor da Silva Lopes²

Jonas Lotufo Brant de Carvalho²

Juliane Andrade²

Maria da Glória Lima²

Alisson Fernandes Bolina²

(<https://orcid.org/0000-0002-2383-8493>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1417-1084>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2248-9102>)

(<http://orcid.org/0000-0002-4321-0118>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6450-9154>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1364-0176>)

Descritores

Vulnerabilidade social; Atenção primária à saúde; Saúde da família; Enfermagem; Sistemas de informação geográfica

Descriptors

Vulnerable populations; Primary health care; Family health; Nursing; Geographic information systems

Descriptores

Vulnerabilidad social; Atención primaria de salud; Salud de la familia; Enfermería; Sistemas de información geográfica

Recebido

3 de Junho de 2020

Aceito

22 de Abril de 2021

Conflitos de interesse

extraído do trabalho de conclusão de curso "Índice de vulnerabilidade social e cobertura do NASF-AB no Distrito Federal" apresentado em 2019 na Universidade de Brasília.

Autor correspondente

Alisson Fernandes Bolina
E-mail: alissonbolina@unb.br

RESUMO

Objetivo: Aplicar o Índice de Vulnerabilidade Social para o Distrito Federal e compará-lo com a distribuição espacial da cobertura dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.

Métodos: Trata-se de estudo ecológico com base nos dados do censo demográfico, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, bem como de outros disponibilizados pela Gerência de Apoio à Saúde da Família.

Resultados: Verificou-se que 31,4% dos setores censitários do Distrito Federal foram classificados com baixo nível de vulnerabilidade social, 47,8% médio, 12,2% elevado e 8,3% muito elevado. Apenas 37,17% do território do cenário de estudo apresentavam cobertura Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Ao comparar a distribuição espacial desses desfechos, observou-se elevada extensão de vazios assistenciais de cobertura desse serviço, tanto em setores rurais quanto urbanos, e estes frequentemente classificados em maior estrato de vulnerabilidade.

Conclusão: Recomenda-se a utilização de ferramentas de gestão de políticas públicas, como o Índice de Vulnerabilidade Social, para o redesenho da Rede de Atenção à Saúde, tendo em vista o enfrentamento das iniquidades sociais.

ABSTRACT

Objective: Apply the Social Vulnerability Index for the Federal District and compare it with the spatial distribution of coverage of the Extended Family Health and Primary Care Centers.

Methods: This is an ecological study based on data from the demographic census, from the State Department of Health of the Federal District, as well as others made available by the Family Health Support Management.

Results: It was found that 31.4% of the census sectors in the Federal District were classified as having a low level of social vulnerability, 47.8% medium, 12.2% high and 8.3% very high. Only 37.17% of the territory in the study scenario had coverage of the Extended Family Health and Primary Care coverage. When comparing the spatial distribution of these outcomes, a high extent of care gaps in the coverage of this service was observed, both in rural and urban sectors, and these are often classified into a greater stratum of vulnerability.

Conclusion: It is recommended to use public policy management tools, such as the Social Vulnerability Index, for the redesign of the Health Care Network, with a view to tackling social inequities.

RESUMEN

Objetivo: Aplicar el Índice de Vulnerabilidad Social del Distrito Federal y compararlo con la distribución espacial de cobertura de los Centros de Salud Familiar Extendida y Atención Primaria.

Método: Se trata de un estudio ecológico basado en datos del censo demográfico, del Departamento de Salud del Estado del Distrito Federal, así como otros puestos a disposición por la Gerencia de Apoyo a la Salud de la Familia.

Resultados: Se encontró que 31,4% de los sectores censales del Distrito Federal fueron clasificados como de bajo nivel de vulnerabilidad social, 47,8% medio, 12,2% alto y 8,3% muy alto. Solo el 37,17% del territorio en el escenario de estudio tenía cobertura de la cobertura de Salud Familiar Extendida y Atención Primaria. Al comparar la distribución espacial de estos resultados, se observó un alto grado de brechas de atención en la cobertura de este servicio, tanto en el sector rural como en el urbano, y estos suelen ser clasificados como de mayor nivel de vulnerabilidad.

Conclusión: Se recomienda utilizar herramientas de gestión de políticas públicas, como el Índice de Vulnerabilidad Social, para el rediseño de la Red de Atención de Salud, con miras a abordar las inequidades sociales.

¹Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

²Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Como citar:

Virginio JP, Lopes AI, Carvalho JL, Andrade J, Lima MG, Bolina AF. Vulnerabilidade social e cobertura do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. *Enferm Foco*. 2021;12(2):297-304.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3955

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é ordenadora e coordenadora do cuidado, sendo a porta de entrada principal do usuário no Sistema de Saúde.⁽¹⁾ Com o objetivo de qualificar o atendimento e consolidar os atributos da AB, foi criado, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.⁽²⁾ Em 2017, suas ações foram ampliadas para além da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), mantendo a formação por uma equipe multiprofissional e com propósito principal de atuar de forma integrada no oferecimento de suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de AB.⁽¹⁾

Especificamente em relação ao Distrito Federal (DF), a ESF foi definida entre 2016 e 2018 como modelo organizacional dos serviços na AB, sendo que ações efetivas foram estabelecidas para tal mudança.⁽³⁾ Desde então, o cenário de saúde do DF vem passando por mudanças significativas, registrando aumento da cobertura da ESF de 28,2% para 69,1% no referido período³. Consonante a esse processo, algumas medidas têm sido recomendadas para ampliação da ESF no DF, inclusive a reorientação das equipes dos Nasf-AB, com priorização das áreas de maior vulnerabilidade.⁽⁴⁾

A necessidade de priorização do grupo vulnerável torna-se ainda mais relevante quando analisadas as medidas de austeridade que têm ocasionado redução do gasto social e dos mecanismos de proteção social, o que afeta em maior gravidade esse estrato da população.⁽⁵⁾ Em sintonia com essa agenda neoliberal, destaca-se a Portaria nº 2.979 deliberada pelo Ministério da Saúde em 2019, que propõe um novo modelo de custeio da AB baseado nos critérios de transferência de recurso nos indicadores de desempenho e no quantitativo de pessoas cadastradas, além de suprimir o financiamento específico para o Nasf-AB.

Apesar dos impactos dessa medida ainda não serem mensuráveis, infere-se que a falta de incentivo financeiro para o Nasf-AB suscitará a desestruturação da visão ampliada do cuidado, bem como o potencial desmonte do seu *modus operandi* e da lógica de apoio matricial.⁶ Caberá, portanto, aos gestores locais decidir sobre a permanência da atuação das equipes multiprofissionais e, em caso de reconhecimento da sua importância, definir a organização e o modo de operacionalização desse ponto de atenção.⁽⁶⁾

É nesse contexto que as mudanças no modelo organizacional da AB, incluindo o Nasf-AB, exigem utilização de ferramentas gerenciais por parte dos gestores, visando à otimização dos recursos disponíveis e, por conseguinte, à qualificação das políticas públicas no enfrentamento das iniquidades sociais. Conforme demonstrado em modelo teórico proposto por Souza & Calvo, a identificação das

necessidades socio sanitárias do território, pelos gestores, é fundamental para definir a constituição e operacionalização das equipes dos Nasf-AB e, conseqüentemente, interfere diretamente na integração com as equipes apoiadas.⁽⁷⁾

Dessa forma, o Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS), ferramenta de fácil acesso, viabiliza identificar áreas de vulnerabilidade social, o que colabora para o processo de planejamento, avaliação e tomada de decisão por parte dos gestores locais no âmbito das políticas de saúde. O índice, aprimorado ao longo dos anos, tem sido amplamente utilizado em pesquisas científicas diversas, desde análise da vulnerabilidade associada à ocorrência de dengue,⁽⁸⁾ até temas relacionados aos desfechos de saúde de idosos.^(9,10)

Portanto, tendo em vista a recente implementação da ESF e dos Nasf-AB no DF e a necessidade de identificar as áreas de maior vulnerabilidade num contexto de mudança de financiamento da AB, o presente artigo objetivou aplicar o Índice de Vulnerabilidade Social para o DF (IVS-DF) e compará-lo com a distribuição espacial da cobertura dos Nasf-AB.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, com base de dados secundários e de domínio público.

Este estudo foi realizado no DF, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, que possui território total de 5779,997 km².⁽¹¹⁾ No DF, localiza-se Brasília, Capital Federal, a qual difere das demais Unidades Federativas (UF) do Brasil, por agregar funções de Estado e Município, estabelecidas na Constituição Federal de 1988.

O DF se organiza em uma estrutura polinucleada, sendo seus núcleos denominados regiões administrativas (RA). As RA possuem sua própria dinâmica e desafios, e autonomia administrativa no que tange aos assuntos de infraestrutura e logística. Cada administrador Regional é nomeado pelo Governo do DF, estando a ele sujeito e atuando como sua extensão administrativa local.⁽¹²⁾ De acordo com o último Censo Demográfico realizado no país, o DF é composto por 19 RA: Taguatinga, Ceilândia, Brasília, Sobradinho, Samambaia, Planaltina, Gama, Guarã, Santa Maria, Recanto das Emas, São Sebastião, Cruzeiro, Riacho Fundo, Paranoá, Brazlândia, Lago Norte, Lago Sul, Núcleo Bandeirante e Candangolândia.⁽¹¹⁾

Para a elaboração do IVS-DF, em conformidade com o primeiro objetivo, utilizou-se como referencial metodológico o IVS proposto pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.⁽¹³⁾ O processo foi aplicado ao contexto do DF, usando-se os dados populacionais advindos do último Censo Demográfico, disponíveis em domínio público no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.⁽¹¹⁾

A unidade utilizada para classificação do IVS-DF, assim como na metodologia adotada neste estudo,⁽¹³⁾ foi o Setor Censitário (SC). De acordo com os dados do IBGE, foram identificados no DF 4.349 SC,⁽¹¹⁾ dos quais 249 foram considerados rurais (5,73%) e 4.100 urbanos (94,27%). São áreas rurais: aglomerados rurais de extensão urbana, aglomerados rurais isolados (povoados, núcleos e outros aglomerados) e zonas rurais que não são aglomerados rurais; e urbanas, as áreas urbanizadas de cidade ou vila, áreas não urbanizadas de cidade ou vila e áreas urbanas isoladas.

Sendo o IVS um índice urbano,⁽¹³⁾ adotou-se como critério de inclusão para fins de análise e cálculo do indicador apenas os SC classificados como urbanos (4.100). Os dados dos SC urbanos foram exportados para uma planilha Excel® e optou-se por aplicar os critérios de exclusão propostos pela metodologia adotada, isto é, remover os seguintes setores: sigilosos, constituídos exclusivamente por domicílios coletivos e sem população residente,⁽¹³⁾ obtendo-se a amostra final de 4058 SC. Destaca-se que esses setores foram classificados como não avaliados e mantidos na figura para evitar “vazios” nos mapas temáticos.

Com a amostra final de SC urbanos, foram estabelecidos os indicadores que fazem parte do cálculo do IVS-DF. De acordo com a metodologia adotada,⁽¹³⁾ foram selecionados oito indicadores, que podem ser divididos em duas dimensões: Saneamento e Social (Quadro 1).

Quadro 1. Indicadores selecionados para elaboração do IVS-DF e os pesos atribuídos aos indicadores e suas dimensões

Dimensão	Indicador	Descrição do indicador	Peso indicador	Peso Dimensão
Saneamento	Água inadequada	Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente	0,424	0,396
	Esgoto inadequado	Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente	0,375	
	Lixo inadequado	Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo inadequado ou ausente	0,201	
Social	Moradores por domicílios	Razão de moradores por domicílios particulares permanentes	0,073	0,604
	Analfabetos	Percentual de pessoas analfabetas	0,283	
	Renda ½ Salário Mínimo	Percentual de domicílios particulares permanentes com rendimento per capita de até 1/2 salário mínimo	0,288	
	Renda média	Rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis	0,173	
	Negro, pardo e indígena	Percentual de pessoas autodeclaradas pretas, pardas e indígenas	0,185	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte⁽¹³⁾

A extração das variáveis de interesse, descritas no quadro 1, também ocorreu de acordo com os dados disponíveis no sítio eletrônico do IBGE. Posteriormente, as escalas dos indicadores foram padronizadas, sendo transformadas para valores numéricos entre zero e um, convertidos para apresentarem a mesma quantidade de casas decimais. Em seguida, atribuíram-se diferentes pesos para cada um dos indicadores.

Com base nessa classificação, gerou-se uma variável numérica que representa o IVS-DF por SC. Quanto maior seu valor, mais elevada a situação de vulnerabilidade daquele setor. A medida permite classificar o IVS-DF em quatro diferentes estratos, considerando os seguintes pontos de corte:⁽¹³⁾

- Médio risco: setores com valores do IVS-DF com ½ (meio) desvio-padrão em torno da média;
- Baixo risco: setores censitários com valores do IVS-DF inferiores ao limite inferior do médio risco;
- Elevado risco: setores com valores do IVS-DF acima do limite superior do médio risco até a medida de 1,5 desvio-padrão acima da média;
- Muito elevado risco: setores com valores do IVS-DF acima do elevado risco.

Cabe destacar que o cálculo das medidas descritivas envolvidas no processo de classificação do IVS-DF foi ponderado para cada RA do DF, ou seja, foram analisadas a média e desvio-padrão de cada região para classificar os SC segundo o indicador; de tal forma a se torna mais sensível às especificidades locorregionais.

Para análise da distribuição espacial dos SC urbanos de acordo com IVS-DF, utilizou-se a base cartográfica contendo a malha do DF, estratificada por SC, obtida em sítio de domínio público do Censo Demográfico.⁽¹¹⁾ Cada SC possui um número identificador único, definido pelo IBGE. Esse identificador foi comum ao banco de dados contendo os valores do IVS-DF, o que permitiu o cruzamento das malhas temáticas. A utilização do número identificador dos SC é fundamental para realização do recurso *spatial join*, que atribuiu os valores encontrados ao setor pertencente.

Atendendo ao segundo objetivo, realizou-se o mapeamento dos Nasf-AB ativos considerando agosto de 2018 como mês de empenho, isto é, foram incluídos aqueles devidamente cadastrados e regularizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nesse período. Para tanto, foram utilizados dados públicos da Secretaria de Estado de Saúde, bem como outros disponibilizados pela Gerência de Apoio à Saúde da Família mediante solicitação via Serviço de Informação ao Cidadão (SIC). Com base nesses dados, foram traçados os limites

das áreas de abrangência das equipes dos Nasf-AB na base cartográfica contendo a malha do DF supracitada, incluindo os SC urbanos e rurais, de acordo com cada região de saúde do DF (Sudeste, Sul, Oeste, Leste, Norte, Centro-Sul e Central). Portanto, o limite do território das equipes dos Nasf-AB foi a fonte para a criação dos mapas temáticos com a delimitação das áreas de abrangência.

As análises estatísticas descritivas foram realizadas por meio da distribuição de frequências absolutas e percentuais e medidas de dispersão (média e desvio-padrão), utilizando-se o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0.

Para comparar a distribuição espacial da cobertura dos Nasf-AB segundo o IVS-DF, fez-se a sobreposição das camadas dos referidos mapas temáticos gerados, permitindo melhor visualização e identificação de possíveis vazios assistenciais. Destaca-se que os mapas temáticos deste estudo foram construídos utilizando o programa QGIS versão 3.4.3, um Sistema de Informação Geográfica (SIG) de código livre.

Para o cálculo do percentual de cobertura do NASF, foi realizado a conversão das camadas Índice de Vulnerabilidade em Saúde e do Núcleo de Atenção à saúde da Família para o formato Universal Transverso de Mercator (UTM), pois esse sistema de referência de coordenadas (SRC) permite a utilização da unidade de medida em quilômetro quadrados as duas camadas foram convertidas para o formato SIRGAS 2000 ZONA 23S que é o quadrante de onde está localizado o Distrito Federal Com as camadas no mesmo sistema de coordenadas foi aplicada a função (\$Área/1000000) para o cálculo da área em km² de cada polígono, após o cálculo foi utilizada a função Estatísticas do painel para a soma da área total e para o cálculo da proporção das áreas cobertas ou não pelo Nasf-AB.

Por se tratar de um estudo com base de dados secundários e de domínio público, nos termos da Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde não houve necessidade de apreciação por comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

A seguir, são descritos os valores de média e desvio-padrão do IVS-DF por dimensão (saneamento e social), bem como de média e desvio-padrão do valor total do IVS-DF em cada RA.

Na dimensão Saneamento, as RA que apresentaram as menores médias foram: Brazlândia (0,0073 ± 0,0279), Lago Sul (0,0075 ± 0,0270) e Candangolândia (0,0077 ± 0,0181), indicando menor vulnerabilidade social nesse aspecto. Já Sobradinho (0,0670 ± 0,0890), Planaltina (0,0509 ± 0,0680) e São Sebastião (0,0492 ± 0,0919) integraram as três RA com maiores médias nesta dimensão.

Na dimensão Social, as RA do Lago Sul (0,1060 ± 0,0349), Brasília (0,1372 ± 0,0352) e Cruzeiro (0,1443 ± 0,0324) tiveram as menores médias do DF. As regiões de Planaltina (0,3172 ± 0,0546), Recanto das Emas (0,3147 ± 0,0408) e Brazlândia (0,3038 ± 0,0551), em contraste, foram as RA com maiores médias.

Em relação ao IVS-DF total, maiores valores foram registrados em Planaltina (0,3680±0,1040), Santa Maria (0,3379±0,1123) e Sobradinho (0,3360 ± 0,1139). Ao mesmo tempo, Lago Sul (0,1135 ± 0,0490), Brasília (0,1684 ± 0,0525) e Cruzeiro (0,1694 ± 0,0425) alcançaram as menores médias.

Com base na classificação do IVS-DF, obteve-se que 31,4% dos SC (n=1276) incorporam a classificação de baixa vulnerabilidade, enquanto o estrato médio foi composto por 47,8% dos SC do DF (n=1938). Em sequência, 12,2% (n=497) e 8,3% (n=336) dos setores foram classificados, respectivamente, com elevada e muito elevada vulnerabilidade social. Destaca-se que 0,3% dos SC (n=11) não foram avaliados por ausência de algum dado, obtido pelo censo, que compõe o índice.

Conforme a figura 1, é possível observar que os SC localizados nas áreas centrais de cada RA foram classificados, em sua maioria, nos menores estratos de vulnerabilidade social (baixa e média). Por outro lado, os setores periféricos - aqueles mais afastados do centro urbano de cada RA - apresentaram grau mais elevado de vulnerabilidade. Observa-se também uma elevada proporção de áreas classificadas como rurais no DF.

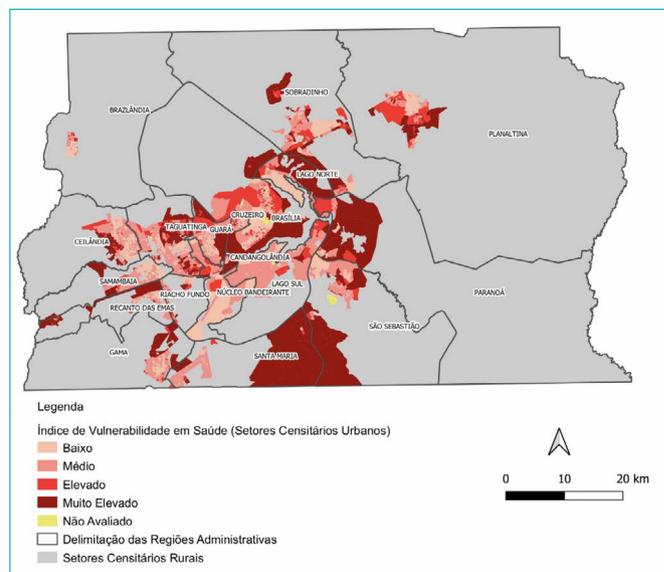


Figura 1. Distribuição espacial dos setores censitários segundo o IVS-DF em cada região administrativa do Distrito Federal

Com os dados de cobertura do Nasf-AB, constatou-se uma abrangência total de 2.106,3 Km², o que equivale a uma cobertura de aproximadamente 37,17% do DF. Foram identificadas grandes áreas ainda descobertas pelo serviço,

especialmente nas RA de Planaltina, Lago Sul, Sobradinho, Gama e Recanto das Emas (Figura 2).

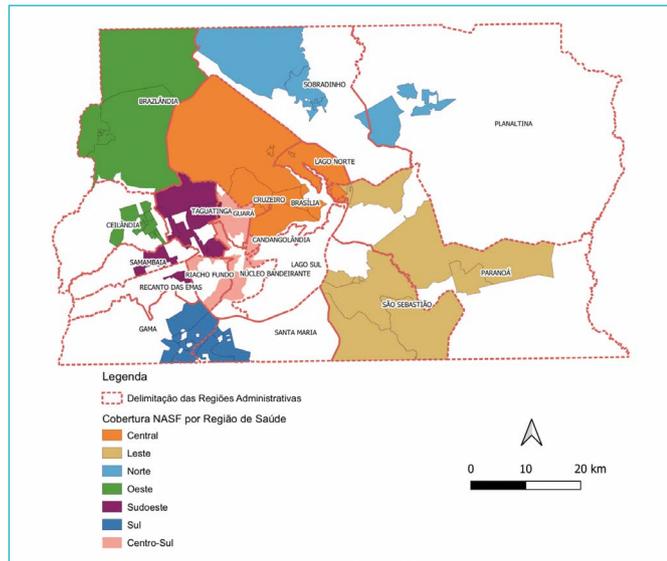


Figura 2. Distribuição espacial da Cobertura Nasf-AB por regiões de saúde

Na figura 3, percebeu-se elevada extensão de vazio assistencial de cobertura Nasf-AB nas áreas rurais, especialmente nas regiões de Planaltina, Gama, Recanto das Emas e Sobradinho. No tocante às áreas urbanas, dentre os SC descobertos pelo Nasf-AB, verificou-se que grande parte integra a parcela classificada em elevado ou muito elevado risco. Merecem destaque as regiões do Recanto das Emas, Santa Maria e Paranoá, onde a maior parte dos setores urbanos com ausência de cobertura incorpora o estrato mais vulnerável. Do mesmo modo, observa-se grande vazio assistencial urbano nas RA do Lago Sul e Sobradinho, embora sejam regiões com predominância de SC classificados como menos vulneráveis (baixo e médio) (Figura 3).

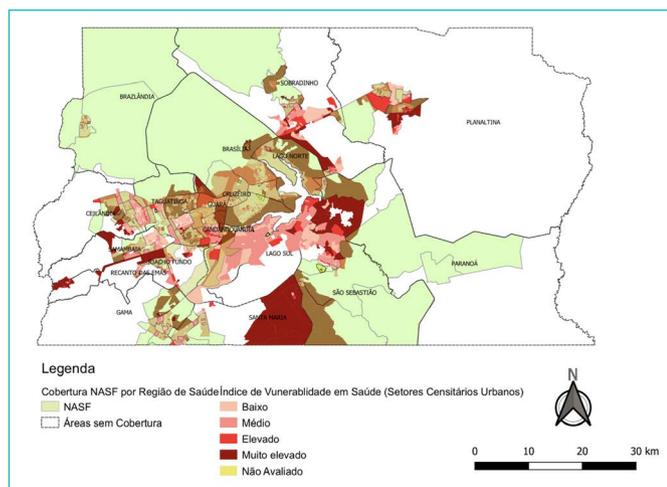


Figura 3. Distribuição espacial de Cobertura do Nasf-AB e classificação do IVS-DF

Na tabela 1, observa-se que 66,51% das áreas rurais e 47,07% das urbanas não estavam cobertos pelo Nasf-AB. Ao analisar a cobertura em relação às classificações IVS-DF, observou-se elevado percentual de setores classificados com elevada (39,90%) e muito elevada (46,04%) vulnerabilidade social desassistidos pelo Nasf-AB.

Tabela 1. Cobertura Nasf-AB, segundo IVS-DF

	Cobertura Nasf-AB				Total	
	Sim		Não		Km ²	%
	Km ²	%	Km ²	%	Km ²	%
Áreas rurais	1538,994	33,49	3056,166	66,51	4595,16	100
Áreas urbanas	567,306	52,93	504,424	47,07	1071,73	100
Baixo	83,496	48,97	87,007	51,03	170,503	100
Médio	148,897	49,94	149,249	50,06	298,146	100
Elevado	80,194	60,10	53,23	39,90	133,424	100
Muito elevado	251,304	53,96	214,418	46,04	465,722	100
Não avaliado	3,415	86,79	0,52	13,21	3,935	100
Total	2106,30	37,17	3560,59	62,83	5666,89	100

DISCUSSÃO

A análise dos indicadores socioeconômicos e de saneamento que compõem IVS-DF evidenciou divergências entre os valores apurados nas duas dimensões. Regiões como Samambaia e Brazlândia apresentaram valores indicativos de elevada vulnerabilidade no quesito social, mas não na dimensão saneamento.

Observando RA como Lago Sul e Brazlândia, percebe-se pouca diferença em seus indicadores na dimensão Saneamento. Nessa dimensão, ambas as Regiões indicaram baixa vulnerabilidade, embora os resultados na dimensão social foram diferentes. A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2018, realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), traz que a Região Lago Sul incorpora o grupo de RA de alta renda, com renda domiciliar média de R\$15.614,00; enquanto a Região Brazlândia integra o grupo de RA de média-baixa renda, com rendimento domiciliar médio de R\$3.106,00.⁽¹⁴⁾ Outro exemplo notável está nas Regiões São Sebastião e Lago Norte. Percebeu-se vulnerabilidade semelhante para ambas na dimensão Saneamento, mas com situação socioeconômica bem distinta nas duas localidades.

Essa acentuada divergência entre o fator social e sanitário pode estar relacionado com o processo de formação do DF. Embora Brasília tenha sido planejada na década de 50, muitas das regiões que hoje compõem os arredores da Capital Federal cresceram de maneira desordenada, gerando dificuldades ambientais e de infraestrutura, especialmente na adequação do esgotamento e acesso à água tratada.⁽¹⁵⁾

Esses resultados apontam que a situação sanitária não está necessariamente vinculada à socioeconômica, mostrando a complexidade dos diferentes níveis de

vulnerabilidade no DF. Expor esse tipo de particularidade é importante do ponto de vista da aplicação do IVS-DF, pois permite maior compreensão dos fatores que tornam cada setor um local vulnerável, bem como traçar estratégias para reverter a situação.

Outro fato relevante observado na aplicação do instrumento foi a constatação de maior vulnerabilidade nos setores periféricos de cada RA, fenômeno também observado em cidades mineiras onde o IVS foi aplicado.^(10,13) A vulnerabilização das regiões marginalizadas se mostra recorrente no cenário nacional e é amplamente debatida na literatura científica.

Em particular no DF, esse fenômeno pode estar vinculado à herança histórica de urbanização de Brasília e regiões periféricas.⁽¹⁵⁾ Outro estudo se propôs a analisar a formação da Capital Federal para além de sua construção, argumenta que, desde sua inauguração, a nova capital marginalizou para regiões periféricas aqueles que não tinham poder aquisitivo para se manter nos grandes centros.⁽¹⁵⁾ A expansão urbana no DF foi marcada pela criação assentamentos e transferências de favelas para locais distantes. Na capital planejada, não se havia planejado moradia próxima ao Plano Piloto para grande parte dos trabalhadores que fizeram parte da construção de sua construção.⁽¹⁵⁾

Assim, a expansão e urbanização do DF se deu ao longo das décadas, misturando a beleza arquitetônica com as desigualdades sociais. Do ponto de vista estrutural, há uma enorme discrepância entre Brasília e as áreas periféricas do DF. Atualmente o DF possui o maior PIB per capita do país, mantendo-se acima da média também nos indicadores de desigualdade social. Nesse contexto, cria-se um cenário retroalimentado de marginalização dos vulneráveis e vulnerabilização dos marginalizados.^(14,15)

O presente estudo revelou ainda importantes fragilidades na cobertura Nasf-AB no DF. Sendo este um mecanismo relevante de suporte multiprofissional às equipes de AB, o não funcionamento adequado desses núcleos pode comprometer a capacidade de resposta às necessidades de saúde locais.^(1,16)

Segundo os dados de cobertura Nasf-AB disponíveis em 2018, cerca de 62,83% do território do DF não estava coberto pelo serviço. Esse fenômeno se destaca nas áreas rurais, onde há elevada extensão de vazios assistenciais, com destaque para as regiões de Planaltina, Gama, Recanto das Emas e Sobradinho. No modelo da ESF, esse dado se torna relevante, visto que a AB nessas localidades apresenta desafios distintos da área urbana. Estudos de abrangência nacional mostraram que os usuários de origem rural enfrentam dificuldades de acesso no que diz respeito aos horários de funcionamento, tempo de espera,

distância geográfica e oferta de visitas domiciliares.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ Dentre a população residente em áreas rurais, observa-se também uma série de vulnerabilidades menos presentes na população residente em áreas urbanas, tais como a menor cobertura vacinal e maiores fragilidades nutricionais.^(16,19) Nesse cenário, o DF não é uma exceção e há grandes desafios na AB em áreas rurais, uma vez que muitas das equipes de saúde nem sempre dispõem de recursos ou equipe necessária para realização adequada de suas atividades.⁽¹⁸⁾

Embora tenha-se registrado maior cobertura nas regiões urbanas, os vazios assistenciais registrados tiveram peso significativo quando levamos em conta o perfil dos SC descobertos. Dentre as áreas que não contam com atuação do Nasf-AB, observou-se participação considerável das áreas classificadas com elevada ou muito elevada vulnerabilidade em saúde. Destaca-se as regiões do Recanto das Emas, Santa Maria e Paranoá.

Cabe destacar que a fragilidade das estruturas Nasf-AB no DF pode estar relacionada ao processo tardio de implantação da ESF como um todo. Essa implementação só se deu em 2017, por meio da Portaria 78/2017 do GDF, a qual preconizou que todas as unidades de saúde fossem convertidas nessa modalidade. Apesar da referida portaria reforçar, em seu artigo primeiro, a priorização das áreas de vulnerabilidade social, não foram criadas novas unidades, mas houve um processo de readequação daquelas existentes, o que pode ter contribuído para que as áreas mais estruturadas tivessem maior acesso à cobertura desse serviço.⁽²⁰⁾

A falta de organização do dimensionamento do Nasf-AB em áreas vulneráveis também foi constatada no Paraná, em que o planejamento da cobertura desse serviço esteve voltado para os grandes centros urbanos e áreas próximas dessas localidades.⁽²¹⁾ Outra pesquisa de abrangência nacional constatou que o aumento do número ou cobertura Nasf-AB não resultou em impacto proporcional nos indicadores de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), considerando os diferentes contextos de vulnerabilidade.⁽²²⁾ Embora os Nasf-AB sejam construídos sob um modelo teórico bastante marcado pelo trabalho integrado e de suporte à AB,⁽²³⁾ estudos mostram que nem sempre sua atuação prática ocorre de forma articulada. Trata-se de uma estratégia inovadora, repleta de desafios e que demanda dos profissionais envolvidos, comprometimento e constante aperfeiçoamento.^(16,23)

O fortalecimento dos Nasf-AB e da AB como um todo, é uma estratégia com grande potencial de ampliar o acesso à saúde. Além de reduzir custos com investimentos em tecnologias maior densidade e complexas,

uma AB fortalecida tem o potencial reduzir iniquidades relacionadas à saúde, consolidando um modelo mais democrático e universal de acesso à saúde.⁽²⁴⁾ Nesse sentido, a implementação e o monitoramento de mecanismos que avaliem a atuação dos Nasf-AB em seu cotidiano são imprescindíveis para que se alcance resultados significativos no fortalecimento da AB. Através da análise dos indicadores adequados, pode-se embasar estratégias de atuação e mensurar o impacto prático de mecanismos como os Nasf-AB.

Assim, o IVS-DF pode ser considerado uma ferramenta simples, didática e de fácil compreensão, que permite identificar áreas mais vulneráveis e, por conseguinte, direcionar e auxiliar o processo de tomada de decisões por parte de gestores locais,⁽¹³⁾ especialmente num contexto de mudança de financiamento da AB. Instrumentos dessa natureza são relevantes para alcançar a qualidade e a resolubilidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde, em especial no que se refere ao uso otimizado dos recursos.

Importante considerar que o presente estudo encontrou desafios para operacionalização em decorrência do desalinhamento entre a malha de abrangência do Nasf-AB e os SC definidos pelo IBGE. Esse fator também pode dificultar o planejamento e implementação de políticas públicas de maneira mais efetiva e abrangente, em diferentes contextos territoriais. Os detalhamentos produzidos a partir desse tipo de estudo precisam, assim como os dados do IBGE, abrir portas para criação de programas e políticas que supram demandas sociais de maneira eficiente e prática.⁽²⁵⁾

De maneira geral, o estudo revelou a necessidade de reavaliação da cobertura assistencial no DF, com vistas à adequação das normas preconizadas e à excelência do cuidado, bem como de redirecionamento do foco dos Nasf-AB no DF, com priorização das regiões mais vulneráveis, a fim de reduzir as desigualdades sociais existentes.

Contudo, por considerar homogeneidade dentro do setor censitário, este estudo apresenta como limitação a impossibilidade na identificação de vulnerabilidades social em nível individual. O presente estudo não registra vulnerabilidades específicas a grupos individuais, além de considerar o território muito mais do ponto de vista geográfico e coletivo. Nesse sentido, sabe-se que, muito além de um espaço político-operativo do sistema de saúde, o território caracteriza-se por população específica, em tempo e espaço determinados, com dificuldades específicas e

interações singulares.⁽²⁶⁾ Nessa visão, o território apresenta não apenas uma extensão geométrica, mas, também, um perfil fluido, em mutação e relevante à saúde.

O enfermeiro tem assumido cada vez mais cargos de gestão em saúde, atuando como protagonista na implementação das políticas públicas. Na agenda internacional, essa categoria profissional é considerada a mais aberta e sensível às práticas inovadoras que levem em consideração as necessidades sociais da população, e consequentemente, gera impactos na consolidação da AB.⁽²⁷⁾ Os achados desta pesquisa, portanto, contribuem para a prática da enfermagem no gerenciamento de serviços e gestão de políticas públicas ao oferecer subsídios para compreensão do território e suas necessidades locais, em termo de vulnerabilidade social.

CONCLUSÃO

Identificou-se que, no DF, 31,4% dos setores censitários podem ser classificados com baixo nível de vulnerabilidade social, 47,8% médio, 12,2% elevado e 8,3% muito elevado. Observou-se também que apenas 37,17% do território do cenário de estudo apresentavam cobertura Nasf-AB. Ao comparar a distribuição espacial da cobertura Nasf-AB e a vulnerabilidade social, obteve-se elevada extensão de vazios assistenciais de cobertura desse serviço, frequentemente coincidindo com áreas estratificadas nos maiores níveis de vulnerabilidade. Tais dados revelam que o planejamento da cobertura Nasf-AB não esteve atrelado às necessidades socio sanitárias do território, em termos de vulnerabilidade social. Sendo assim, recomenda-se a utilização de ferramentas de gestão de políticas públicas, como o IVS, para o redesenho da Rede de Atenção à Saúde, tendo em vista o enfrentamento das iniquidades sociais.

Agradecimentos

M.S. Mourão que auxiliou na elaboração do Índice de Vulnerabilidade Social.

Contribuições

Concepção do estudo: Bolina AF, Virgínio JPA, Lopes AIS, Carvalho JLB. Coleta de dados: Virgínio JPA, Lopes AIS. Análise e interpretação dos dados: Bolina AF, Virgínio JPA, Lopes AIS, Carvalho JLB. Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Bolina AF, Virgínio JPA, Lopes AIS, Carvalho JLB, Andrade J, Lima MG. Aprovação final da versão final: Bolina AF, Virgínio JPA, Lopes AIS, Carvalho JLB, Andrade J, Lima MG.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [citado 2019 out 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2019 out 2]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
3. Corrêa DS, Moura AG, Quito MV, Souza HM, Versiani LM, Leuzzi S, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(6):2031-41.
4. Tasca R, Ventura IL, Borges V, Leles FA, Gomes RM, Ribas NA, et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(6):2021-30.
5. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(7):2303-14.
6. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): CEBES; 2020 [citado 2020 Nov 25]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>
7. Souza TT, Calvo MC. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:41.
8. Pessanha JE, Caiaffa WT, Kroon EG, Proietti FA. Dengue em três distritos sanitários de Belo Horizonte, Brasil: inquérito sorológico de base populacional, 2006 a 2007. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):252-8.
9. Braga LS, Macinko J, Proietti FA, César CC, Lima-Costa MF. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2307-15.
10. Bolina AF, Rodrigues RA, Tavares DM, Haas VJ. Factors associated with the social, individual and programmatic vulnerability of older adults living at home. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03429.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010 - Informações Territoriais [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2021 mar 24]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>
12. Brasil. Lei Orgânica do Distrito Federal de 08 de junho de 1993, atualizada até a Emenda à Lei Orgânica nº 102, de julho de 2017.
13. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2012. Belo Horizonte: Secretaria Municipal da Saúde; 2013. 24 p. [citado 2021 mar 24]. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf
14. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). PDAD 2018: Pesquisa distrital por amostra de domicílio. Brasília (DF): CODEPLAN; 2020 [citado 2020 Nov 25]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/pdad-2018/>
15. Pavianni A. Brasília no contexto local e regional: urbanização e crise. *Revista Território*. 2003; 7(13).
16. Leite DG, Souza MC, Maximino DA, Bezerra EP, Oliveira Filho JS, Virginio NA, et al. The Family Health Support Core (NASF) and Health Practices: Are There Many Challenges to Be Overcome?. *Int Arch Med*. 2017;10(106):1-9.
17. Silva EM, Portela RA, Medeiros AL, Cavalcante MC, Costa RT. Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa. *Hygeia*. 2018;14(28):1-12.
18. Gamelo L, Lima JG, Rocha ES, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate*. 2018; 42(Spe1): 81-99.
19. Gonçalves ID, Pereira PF, Silva MB, Ladeira FB, Moreira TR, Cotta RM, et al. Nutritional status coverage trend registered in the SISVAN web in seven municipalities of the Zona Da Mata Mineira, Brazil, from 2008 to 2017 and its association with socio-economic, demographic and organisation of health system variables. *J Nutr Sci*. 2020;9:e4.
20. Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Portaria no. 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família [Internet]. Diário Oficial do Distrito Federal; 2017 Fev 15 [citado 2019 out 2]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2/ses_prt_78_2017.html
21. Tomasi AR, Rizzotto ML. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. *Saúde Debate*. 2013;37(98):427-36.
22. Moretti PG, Fedosse E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. *Fisioter Pesqui*. 2016;23(3):241-7.
23. Souza TT, Calvo MC. Evaluation of the Family Health Support Centers focusing on the integration to supported teams. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:41.
24. Pan American Health Organization (PAHO). Equity in the context of Regional transformation processes in health [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2017 [cited 2021 mar 21]. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=59&lang=pt>
25. Jannuzzi PM. Indicadores socioeconômicos na gestão pública. Departamento de Ciências da Administração - UFSC. Florianópolis, SC, (BR): UFSC; 2012.
26. Mendes EV. Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.
27. Pan American Health Organization (PAHO). Strategic Directions for Nursing in the Region of the Americas. Washington (DC): PAHO; 2019 [cited 2021 mar 21]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/strategic-directions-nursing-region-americas>

PRÁTICAS DE ENFERMEIROS SOBRE IMUNIZAÇÃO: CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL

NURSING PRACTICES ON IMMUNIZATION: SHARED CONSTRUCTION OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY

PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN INMUNIZACIÓN: CONSTRUCCIÓN COMPARTIDA DE TECNOLOGÍA EDUCATIVA

Camilla Cristina Lisboa do Nascimento¹

Diully Siqueira Monteiro¹

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues¹

Alexandre Aguiar Pereira¹

Laura Maria Vidal Nogueira¹

Felipe Valino dos Santos¹

(<https://orcid.org/0000-0001-8352-9716>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9974-061X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9968-9546>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0761-5836>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0065-4509>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6116-3802>)

Descritores

Atenção primária à saúde; Enfermagem; Imunização; Educação em saúde; Tecnologia educacional

Descriptors

Primary health care; Nursing; Immunization; Health education; Educational technology

Descriptores

Atención primaria de salud; Enfermería; Inmunización; Educación para la salud; Tecnología educacional

Recebido

18 de Junho de 2020

Aceito

19 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

artigo extraído do trabalho de conclusão de curso "Práticas de Profissionais sobre Imunização: Construção Compartilhada de Tecnologia Educacional", defendido em 2019 na Universidade do Estado do Pará.

Autor correspondente

Camilla Cristina Lisboa do

Nascimento

E-mail: camilla.nasc@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção de enfermeiros da Atenção Primária em Saúde a respeito dos conhecimentos dos usuários sobre imunização; Identificar as práticas desses enfermeiros sobre imunização; Construir, de forma compartilhada, uma tecnologia educacional sobre imunização.

Métodos: Pesquisa metodológica qualitativa, realizada em 21 Unidades Municipais de Saúde em Belém-Pará, com 23 enfermeiros que atuavam em sala de imunização. A coleta de dados foi por meio de entrevistas individuais submetidas à análise de conteúdo temática.

Resultados: Organizaram-se duas categorias: "Percepção dos enfermeiros sobre os conhecimentos dos usuários no contexto da imunização" e "Ações de educação em saúde na rotina das práticas relativas à imunização e elaboração da tecnologia educacional", que possibilitaram a construção de uma cartilha com orientações baseadas no produto dessas categorias.

Conclusão: Os enfermeiros têm percepção dos conhecimentos dos usuários sobre a imunização. Reconhecem a importância de práticas educativas, embora não consigam realizá-las efetivamente, devido dificuldades do cotidiano gerencial e assistencial. A participação dos enfermeiros na construção da cartilha foi fundamental para obter-se uma ferramenta adequada a intermediar suas ações educativas junto aos usuários com potencial de colaborar significativamente para a atuação da enfermagem em salas de vacina.

ABSTRACT

Objective: To know the perception of primary care nurses regarding users' knowledge about immunization; Identify these nurses' practices on immunization; Build, in a shared way, an educational technology about immunization.

Methods: Qualitative methodological research, carried out in 21 Municipal Health Units in Belém-Pará, with 23 nurses who worked in an immunization room. Data collection was carried out through individual interviews submitted to thematic content analysis.

Results: Two categories were organized: "Nurses' perception of users' knowledge in the context of immunization" and "Health education actions in the routine of immunization practices and the development of educational technology", which enabled the construction of a booklet with guidelines based on the product these categories.

Conclusion: Nurses are aware of users' knowledge about immunization. They recognize the importance of educational practices, although they are unable to carry them out effectively, due to difficulties in the managerial and care routine. The nurses participation in the construction of the booklet was essential to obtain an adequate tool to mediate their educational actions with users with the potential to collaborate significantly for nursing performance in vaccine rooms.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de las enfermeras de atención primaria con respecto al conocimiento de los usuarios sobre la inmunización; Identificar las prácticas de estas enfermeras sobre inmunización; Construir, de manera compartida, una tecnología educativa sobre inmunización.

Métodos: Investigación metodológica cualitativa, realizada en 21 Unidades Municipales de Salud en Belém-Pará, con 23 enfermeras que trabajaban en una sala de inmunización. La recopilación de datos se realizó a través de entrevistas individuales sometidas a análisis de contenido temático.

Resultados: Se organizaron dos categorías: "Percepción de las enfermeras del conocimiento de los usuarios en el contexto de la inmunización" y "Acciones de educación para la salud en la rutina de las prácticas de inmunización y el desarrollo de la tecnología", lo que permitió la construcción de un folleto con pautas basadas en el producto de esas categorías.

Conclusión: Las enfermeras conocen los conocimientos de los usuarios sobre la inmunización. Reconocen la importancia de las prácticas educativas, aunque no pueden llevarlas a cabo de manera efectiva, debido a las dificultades en la gestión y la rutina de atención. La participación de las enfermeras en la construcción del folleto fue esencial para obtener una herramienta adecuada para mediar sus acciones educativas con los usuarios con el potencial de colaborar significativamente para el desempeño de la enfermería en las salas de vacunas.

¹Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

Como citar:

Nascimento CC, Monteiro DS, Rodrigues IL, Pereira AA, Nogueira LM, Santos FV. Práticas de enfermeiros sobre imunização: construção compartilhada de tecnologia educacional. *Enferm Foco*. 2021;12(2):305-11.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4065

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo para a promoção e proteção da saúde, bem como a reabilitação de agravos.⁽¹⁾ Orienta-se por eixos estruturantes chamados de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural, que representam importantes indicadores de qualidade deste nível de atenção.⁽²⁾

No contexto da APS, a imunização ocupa lugar de destaque entre as intervenções em saúde pública postas em prática pelas autoridades sanitárias, pois os resultados da vacinação, reduzindo a morbimortalidade da população em âmbito mundial, coletivo e individual, são provas inconteste da sua importância para a saúde coletiva. As vacinas estão entre os produtos biológicos mais seguros, de comprovada eficácia, baixo custo, grande impacto nas condições de saúde da comunidade e disponíveis para os grupos alvo dos programas de imunização.⁽³⁾

Ressalta-se que a vacinação não deve ser atividade mecânica, tecnicista e automatizada, pois cada usuário apresenta individualidades e peculiaridades, somadas ao nível de escolaridade, faixa etária, condição de saúde e história vacinal que os fazem seres únicos.⁽⁴⁾ Assim, entende-se que é necessário intensificar a capacitação dos profissionais em sala de vacina e a presença de enfermeiros na supervisão e coordenação das atividades nesse setor.⁽⁵⁾

A educação em saúde é considerada uma ferramenta para qualificar os conhecimentos, atitudes e práticas dos indivíduos, contribuindo para a promoção da saúde. Somar a educação em saúde às práticas da APS é ação contemporânea e necessária, especialmente quando ocorre a partir da troca de conhecimentos e, com isso, se torna um ato de criar e transformar pensamentos e ações.⁽⁶⁾

As atividades dos profissionais de saúde são mais ricas com a incorporação de materiais educativos, marcando a importância prática dos assuntos abordados e facilitando o processo de orientação em saúde.⁽⁷⁾ Nesse contexto, a enfermagem é protagonista em práticas educativas, buscando estratégias que possam facilitar essas ações, entre elas, a utilização de Tecnologias Educacionais (TE) como ferramentas que intermediam essas práticas para sua equipe e/ou usuários.⁽⁸⁾

As tecnologias estão classificadas em três tipos: as duras, que dizem respeito ao aparato tecnológico à disposição dos profissionais; leve-duras, que abrangem os saberes estruturados, como as teorias e o processo de enfermagem, e as leves, ferramentas que favorecem a comunicação

nas relações de acolhimento e gestão de serviços.⁽⁹⁾ Em geral nas ações de educação em saúde, as tecnologias leves são utilizadas como instrumentos que intermediam esse processo.⁽¹⁰⁾

Vale ressaltar que a participação do público-alvo na construção das TE é de suma importância. A densidade dessa participação pode acrescentar potencial transformador na remodelação do processo de educação em saúde. Esta pode ser classificada em três tipos: baixa, média e alta densidade. As médias e altas têm elevado grau de diálogo de conhecimentos e possibilitam envolvimento da construção da TE.⁽¹¹⁾

Assim, busca-se possibilidades de potencializar as práticas educativas em sala de vacina, tanto na forma de educação permanente entre os profissionais atuantes⁽¹²⁾ ou como garantia de informação segura para usuários,⁽¹³⁾ disponibilizando ferramentas para intermediar essas ações.

Considerando-se a relevância desse tema, definiu-se como objetivos: Conhecer a percepção de enfermeiros da APS a respeito dos conhecimentos dos usuários sobre imunização; Identificar as práticas desses enfermeiros sobre imunização; Construir, de forma compartilhada, uma tecnologia educacional sobre imunização.

MÉTODOS

Pesquisa metodológica⁽¹⁴⁾ qualitativa, fundamentada nos critérios consolidados para relato de estudos qualitativos – COREQ.⁽¹⁵⁾

Realizado em 21 Unidades Municipais de Saúde (UMS) localizadas no município de Belém, gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), com o Programa Nacional de Imunização (PNI) implantado. Representam, aproximadamente, 72% do total de UMS do município.

Participaram 23 enfermeiros, 78% dos que atuavam em sala de vacina nas UMS no período da coleta de dados, sendo que 100% desses participaram na primeira etapa e 18 (78%) na segunda. Considerando-se que todos eram elegíveis, foram excluídos profissionais de licença ou férias no período de coleta de dados.

Foi realizada no período de junho a agosto de 2019. Na primeira etapa, realizou-se entrevista individual na UMS, utilizando roteiro com informações relacionadas a caracterização social e profissional dos participantes e questões para explorar o objeto de estudo e a construção da tecnologia educacional. A todos foi apresentado o projeto na UMS e realizado convite para participação.

Na segunda etapa, convidou-se os enfermeiros para apreciação, de forma *online*, da tecnologia construída. As

pesquisadoras elaboraram convite virtual, contendo o *link* para uma plataforma *online* e instruções de manuseio, esclarecendo que sua participação, mesmo sendo muito importante, não era obrigatória.

Ao acessar o *link*, os mesmos eram direcionados para um *site* em plataforma gratuita construído pelas pesquisadoras, no qual podiam fazer o *download* da TE e responder perguntas quanto ao conteúdo das informações, sua pertinência técnica, coerência com as necessidades cotidianas do público-alvo, objetividade na apresentação das informações, pertinência das ilustrações, o que considerassem importante sobre a aparência da TE e dar sugestões sobre o que não concordassem.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática.⁽¹⁶⁾ As entrevistas constituíram um *corpus* organizado e os depoimentos classificados, tomando por base as unidades de registro correspondentes a cada questão, e delas se extraíram palavras e frases-tema, agrupadas de acordo com sua ocorrência e co-ocorrência.

As categorias, de acordo com os temas identificados, foram denominadas: “Percepção dos enfermeiros sobre os conhecimentos dos usuários no contexto da imunização” e “Ações de educação em saúde na rotina das práticas relativas à imunização”. Tais categorias possibilitaram a identificação e organização dos temas propostos pelos participantes para se conformarem no conteúdo da tecnologia.

Em consonância à Resolução 466/2012, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, sob o parecer nº 3.148.922, em 15/02/2019. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o sigilo de suas identidades assegurado pelo uso de código alfanumérico para a identificação com a letra E de enfermeiro, seguida do número sequencial das entrevistas. Estas foram gravadas mediante consentimento dos profissionais. CAAE 07123219.4.0000.5170.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Participaram 23 enfermeiros, a maioria (20/87%) do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 40 anos (12/52%). O tempo de formação profissional variou de dois a 30 anos, prevalecendo dois a 10 anos (13/57%). Quanto ao tempo de atuação em equipe de imunização, variou de um a 26 anos, sendo que 10 (43%), atuavam de dois a cinco anos e oito (35%) de seis a 10 anos, sendo que 20 (87%) não atuavam exclusivamente em sala de vacina. Apresentam-se, a seguir, as categorias temáticas a partir das quais elaborou-se a tecnologia educacional:

Categoria 1. Percepção dos enfermeiros sobre os conhecimentos dos usuários no contexto da imunização

Nesta categoria, apresentam-se as percepções dos enfermeiros quanto à compreensão dos usuários sobre a importância da imunização.

Nesse contexto, a maioria deles (14/61%) destacou o baixo conhecimento dos usuários sobre os imunizantes e sua ação no organismo:

“Eles entendem um pouco que a vacina é uma forma de prevenção de doença.” (E9)

“Eles chegam dizendo: ‘eu preciso tomar essa vacina’ fora da faixa etária, sem indicação no PNI. Tenho que explicar por que não ou que a vacina é para prevenção e não para tratamento.” (E1)

Destacaram ainda que o nível de escolaridade, diferenças entre residir em zona urbana ou rural são entraves para total assimilação da finalidade da imunização e condução da equipe de enfermagem:

“Existem os que têm só o ensino fundamental completo ou nem isso e a gente usa uma linguagem não técnica, mais acessível para repassar o conhecimento. Ele pode ficar até confuso com o que aquela vacina (tríplice viral) está protegendo mas, vai entender que o filho estará protegido contra três doenças, podem não saber quais são. Ele vai saber que está protegendo contra o sarampo porque é mais recorrente agora por causa dos surtos.” (E12)

Mencionaram também que, muitas vezes, os usuários só retornam para completar o esquema pela obrigatoriedade do calendário vacinal completo para inserções/manutenção em programas sociais de distribuição de renda e inspeção de saúde para vínculos trabalhistas:

“Muitos procuram a unidade por causa de exigência do trabalho, apresentar no jovem aprendiz. A empresa que está pedindo no exame admissional.” (E20)

“Muitos dos nossos pacientes estão no [programa] bolsa família. Então as crianças retornam por isso.” (E13)

Todos destacaram que a administração de vacinas envolve questões que vão além da importância biológica, considerando questões culturais e sentimentos como medo e ansiedade que podem dificultar o ato da imunização e requerer, da equipe de enfermagem um manejo mais paciente e cuidadoso:

“Medo por causa da agulhada e também porque tem criança que precisa fazer quatro vacinas e o pai pergunta ‘é necessário mesmo? Não pode adiar?’. Mas não vejo sendo por causa do imunobiológico e sim da dor. E tem uns radicais ‘não vai fazer’ e a gente não pode obrigar, mas tenta conversar.” (E6)

“É algo cultural no nosso país. Desde criança os pais usam a vacina como forma de castigo ‘menino, se você não se comportar você vai levar uma agulhada, uma vacina’ já está traumatizada e isso fica no inconsciente do adolescente e do adulto. Isso gera ansiedade e medo de se vacinar.” (E12)

Categoria 2. Ações de educação em saúde na rotina das práticas relativas à imunização e elaboração da tecnologia educacional

Nesta categoria, apresenta-se as práticas de educação em saúde, utilização de tecnologias educacionais na rotina de imunização e a elaboração da tecnologia.

Constatou-se que 13 (56,52%) enfermeiros entendem o significado de educação em saúde como a verticalização de conhecimentos, expressas em palavras como transmissão e repasse de orientações, e que ela se restringe a orientar algumas práticas, a exemplo de cuidados pós-vacinal, embora essa seja uma ação obrigatória no cotidiano das salas de vacina:

“É uma forma de transmitir conhecimento a respeito de qualidade de vida, saúde, para que entendam as melhores formas de se cuidar e não adoecer. Sobre vacina a gente não tem feito palestra, é mais conversa durante as consultas e as técnicas de enfermagem conversam na hora de administrar a vacina.” (E18)

Quanto às práticas educativas no cotidiano dos serviços, sete (30,43%) destacaram que são feitas por acadêmicos e estagiários do curso de enfermagem, visto que o cotidiano gerencial e assistencial absorve o trabalho do enfermeiro pois, a maioria deles não é exclusiva da sala de vacina e o quantitativo de recursos humanos é reduzido:

“Não realizo com frequência, porque a gente tem um déficit de pessoal na unidade. Enfermeiro tem apenas eu e preciso alternar nos programas. Mas quando tem campanhas nos programas, a gente sempre tenta incluir a imunização. Quem faz educação em saúde são os acadêmicos e estagiários de enfermagem.” (E14)

Quando questionados sobre o que compreendiam por tecnologias educacionais, sete (30,43%) mencionaram apenas tecnologias duras, ligadas ao sistema de informação para organização da imunização:

“São os programas, computador que levam informação.” (E19)

“Instrumentos que podem ser usados na educação em saúde. Na vacina tem um programa que arruma os dados da vacinação. Isso é um tipo de tecnologia.” (E21)

Apesar disso, 14 (60,86%) relataram sua utilização na rotina da imunização:

“A gente usa nas palestras, álbum seriado, panfletos, cartazes. Essas coisas para gente informar a população.” (E2)

“Os cartazes, a gente vai pregando com informações mais relevantes para eles saberem.” (E6)

Em que pesem essas diferenças de compreensão, foi unânime o reconhecimento da importância e necessidade de estratégias para auxiliar nas práticas educativas, potencializando conhecimentos compartilhados com os usuários, a exemplo da construção de tecnologias educacionais:

“Toda a tecnologia que venha para esclarecer é muito importante. Como sensibilizar a sociedade para voltar a vacinar, porque as pessoas estão totalmente desacreditadas.” (E8)

“Penso que as tecnologias educacionais podem ajudar a aumentar a quantidade de vacinação e assim tirar medos e mitos que dizem por aí sobre vacinas.” (E10)

Quanto à elaboração da TE, foi unânime a necessidade da produção de material de fácil compreensão que abordasse assuntos relevantes como: importância da imunização, administração das vacinas, proteção conferida, calendário vacinal, vacinação em grupos como gestantes e idosos, eficácia das vacinas, possíveis alergias aos imunizantes e efeitos adversos menores, a exemplo de dor local. Quanto ao tipo, 12 (52,17%) optaram pela cartilha, agregando informações importantes, com ilustrações e linguagem de fácil entendimento.

Após a construção, a TE foi apresentada aos participantes por meio da plataforma *online*, estes aprovaram o contexto geral e particularidades como a ordem das informações e imagens, sendo que alguns fizeram pequenas

sugestões em relação ao conteúdo e ilustrações, acatadas pelas pesquisadoras.

Após as alterações, elaborou-se a versão final da cartilha denominada “Vacinar é um ato de amor” (Figura 1), no formato de brochura com 12 páginas duplas coloridas, tamanho 148,0 mm x 210,0 mm, composta por conteúdos textuais e ilustrações. Títulos nas fontes Pacifico e *Unicorn Calligraphy*, variando nos tamanhos entre 24 a 40 e os textos em *Amatic* e *Calibri*, variando entre 12 a 18.

Apresenta capa, página de apresentação, página para colorir, calendário 2019/2020 de vacinação para crianças de ao nascer até os quatro anos de idade. É composta de 10 sessões referentes às dúvidas mais recorrentes em sala de vacina, tais como: Por que é importante vacinar? Existem vacinas mais ou menos importantes? Podem ser administradas várias vacinas em um só momento? As vacinas protegem de quais doenças? Quais vacinas as grávidas podem tomar? Por que o bebê apresenta um calendário de vacina extenso? O idoso precisa se vacinar? Pessoas com alergia ao ovo e a proteína do leite de vaca podem se vacinar? Como a vacina faz efeito? O que posso fazer para diminuir a dor da vacina?

Ressalta-se que o conteúdo foi construído em linguagem simples, as ilustrações compostas por desenhos alusivos às informações apresentadas nos textos e a policromia foi utilizada para destacar informações.

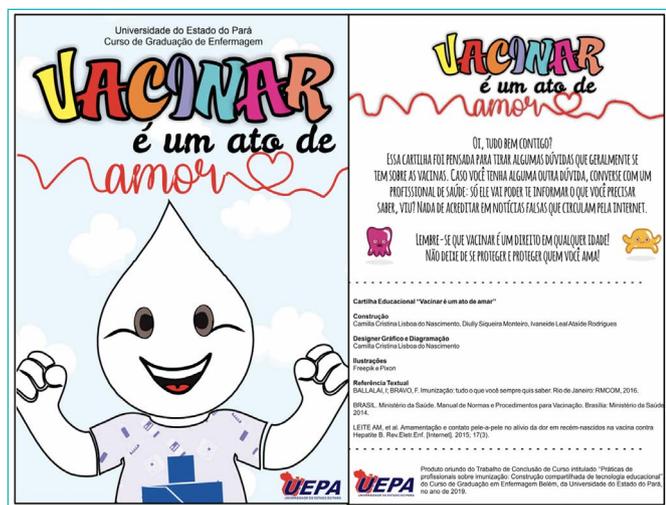


Figura 1. Capa e texto de apresentação da cartilha

DISCUSSÃO

A compreensão do processo que envolve a imunização é um dos fatores primordiais para adesão dos usuários e alcance da cobertura vacinal na população. Estudo que buscou a compreensão de mães sobre o cumprimento do calendário infantil de imunização, mostrou que o baixo entendimento

do usuário interfere no cumprimento do calendário vacinal e acarreta vulnerabilidades no processo saúde/doença da população.⁽¹⁷⁾

Além disso, a administração de vacinas é marcada culturalmente por sentimentos de medo e a ansiedade. Estudo sobre o ato de vacinação na infância, considerou ser fonte de sofrimento e punição, provocando resposta futura como medo da agulha. Isso é reforçado por ser procedimento invasivo, que envolve a percepção da dor pelo sujeito.⁽¹⁸⁾

Para criar melhores condições de saúde para todos, promover intervenções de saúde e facilitar a adesão à vacinação, as pessoas devem receber apoio às suas decisões. Assim, ações comunitárias devem criar empoderamento e os serviços de saúde reorientados para aproximá-los dos cidadãos.⁽¹⁹⁾

A educação em saúde é uma forma de qualificar os saberes e práticas das pessoas, contribuindo para promoção da saúde do indivíduo e comunidade.⁽²⁰⁾ Dessa forma, a prática educativa para os usuários sobre imunização, é indispensável por ser uma ferramenta que pode auxiliar na erradicação de doenças imunopreveníveis.

Entende-se que suas estratégias não devem ser baseadas na ideologia de que o profissional de saúde é o detentor do saber e a população vazia de conhecimento.⁽²¹⁾ Constatou-se, neste estudo, que os profissionais entendem práticas educativas como orientações prestadas aos usuários nas salas de vacina, bem como a realização de palestras. No entanto, essa compreensão mostra fragilidades, inclusive porque as palestras, quando realizadas, não eram pelos profissionais e sim por acadêmicos do curso de enfermagem em aulas práticas no serviço.

Embora os acadêmicos tenham interesse e capacidade para realizar essas atividades que contribuem para sua formação, entende-se que eles não podem substituir os profissionais para resolver questões relativas à sua sobrecarga de trabalho. Mesmo quando a multiplicidade de atividades e atribuições no cotidiano assistencial do enfermeiro, principalmente ligados aos cuidados curativos, se constituem em barreiras para execução do processo de supervisão e das atividades preventivas.⁽²²⁾

Importa pensar que as práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde precisam ser avaliadas rotineiramente para conhecer seu impacto no modo de vida da população, para assegurar que estão sendo realizadas de forma eficaz. É fato que o embasamento na educação libertadora,⁽²³⁾ e teorias a exemplo da teoria do autocuidado⁽²⁴⁾ e das representações sociais⁽²⁵⁾ favorecem práticas educativas eficientes, observando-se a necessidade de implementar ações, a fim de atingir o efetivo processo de saúde a

partir da apreensão dos desafios que interferem para uma cobertura vacinal eficaz.⁽²⁰⁾

Estudo com 31 idosos de duas instituições filantrópicas de longa permanência em Juiz de Fora/MG, revelou que a inserção deles em contexto social onde desenvolvem-se atividades educativas, favorece a construção de informações mais próximas da realidade e baseadas em conhecimento científicos acerca dos aspectos que envolvem a vacinação e, em consequência da ampliação do conhecimento, atingem melhores resultados quanto à adesão às vacinas.⁽²⁶⁾

Com isso, destaca-se a importância das tecnologias leves em salas de vacina, posto que os participantes apontaram as tecnologias duras como única ferramenta utilizada no contexto da imunização. Esse resultado também foi encontrado em estudo realizado no município de Benevides-PA, no qual o termo TE se mostrou desconhecido entre os profissionais, uma vez que 100% deles associou a palavra tecnologia à tecnologia digital.⁽²⁷⁾

No contexto da imunização, o uso de TE é fundamental para adesão do público ao combate de doenças imunopreveníveis. Estudo realizado em província no leste da China com 200 mulheres grávidas, avaliou o efeito de duas intervenções educacionais em saúde para melhorar a vacinação contra varicela, apontou que a educação em saúde, utilizando tais instrumentos, trouxe melhorias à cobertura vacinal e aderência do cronograma à vacinação infantil, ofertando benefícios para a comunidade, uma vez que a varicela é uma doença altamente contagiosa.⁽²⁸⁾

A hesitação ao ato de vacinar-se representa um problema de saúde global cada vez mais importante. Os enfermeiros e demais profissionais de saúde, desempenham papel fundamental na adesão à vacinação. O conhecimento e competências dos enfermeiros em promoção e educação em saúde agregam significados e sugestões relevantes para agir contra as causas da não vacinação. Isso mostra que vale a pena analisar os principais aspectos das técnicas de comunicação e avaliar métodos inovadores para aumentar os níveis de confiança da população.⁽²⁹⁾

Construir a TE juntamente com os enfermeiros evidenciou a necessidade de maior envolvimento desses em práticas de educação em saúde, visto a importância da

construção de vínculo com os usuários para maior possibilidade de levar até eles ações com mais qualidade, já que a apreensão de percepções quanto à imunização, muitas vezes, está baseada em aspectos que se confundem entre prevenção e tratamento de agravos.

Entende-se como limitação não ter sido possível, na segunda etapa, contar com 100% dos participantes, o que teria possibilitado enriquecer mais o produto.

Compreende-se que a tecnologia apresenta potencial para contribuir na disseminação de informações tecnicamente corretas e de fácil assimilação pelos usuários. Referente à importância da vacinação, de acordo com a necessidade de cada grupo populacional, ela colabora para a redução da propagação de doenças imunopreveníveis.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros identificaram que os usuários apresentavam medo e ansiedade no momento da vacinação e a realizavam, muitas vezes, por força das circunstâncias. Identificou-se a importância e necessidade de aprimoramento das práticas educacionais dos enfermeiros nesses cenários. A participação destes na construção da TE foi fundamental para elaborar-se uma ferramenta adequada para intermediar ações educativas junto aos usuários, colaborando significativamente na atuação da enfermagem em salas de vacina. Que estes resultados ensejem mais estudos nessa área do conhecimento, que possam agregar aprimoramento às práticas de profissionais de enfermagem atuantes em salas de vacina, estimulando a produção de outros instrumentos educativos para corroborar na qualidade da assistência prestada à clientela, bem como para o desenvolvimento da APS.

Contribuições

Camilla Cristina Lisboa do Nascimento, Diully Siqueira Monteiro e Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues: concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Alexandre Aguiar Pereira, Laura Maria Vidal Nogueira e Felipe Valino dos Santos: redação/revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Gontijo TL, Duarte AG, Guimarães EA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde Debate*. 2017;41(114):741-52.
2. Lopes LF, Gofas FG, Obregon SL, Fabricio A, Almeida DM, Bresciani SA. O direito à saúde e sua (não) efetivação pelas políticas públicas de

- atenção primária à saúde: uma análise da aplicação do método PCATOOL. *REVISA*. 2019;8(4):469-83.
3. Deus SR, Marques AD, Teixeira JC, Deus PR, Moraes ME, Macêdo DS. Study of the procedures for conservation of vaccines of the national immunization program. *J Nurs UFPE on line*. 2016;10(3):1038-46.
 4. Cerqueira IT, Barbara JS. Atuação da enfermeira na sala de vacinação em Unidades de Saúde da Família. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2017;40(2):442-56.
 5. Bispo WF, Santos PF, Wesp LH, Silva LL, Silva MF. Experience report: update of the vaccination record in children's educators. *J Nurs UFPE on line*. 2017;11(Suppl. 6):2628-37.
 6. Teixeira E, Martins TD, Miranda PO, Cabral BG, Silva BA, Rodrigues LS. Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. *Rev Baiana Enferm*. 2016;30(2):1-10.
 7. Schelb M, Cunha ML, Gottens LB, Chariglione IP. O processo de construção de material educativo para mulheres vítimas de violência. *Enferm Foco*. 2019;10(6):50-6.
 8. Costa PB, Chagas AC, Joventino ES, Dodt RC, Oriá MO, Ximenes LB. Development and validation of educational manual for the promotion of breastfeeding. *Rev Rene*. 2013;14(6):1160-7.
 9. Nietzsche EA, Lima MG, Rodrigues MG, Teixeira JÁ, Oliveira BN, Motta CA, et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(1):182-9.
 10. Lima AC, Bezerra KC, Sousa DM, Vasconcelos CT, Coutinho JF, Oriá MO. Educational technologies and practices for prevention of vertical HIV transmission. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 4):1759-67.
 11. Teixeira E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(e1):1-3.
 12. Martins JR, Alexandre BG, Oliveira VC, Viegas SM. Permanent education in the vaccination room: what is the reality?. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):668-76.
 13. Duarte DC, Oliveira VC, Guimarães EA, Viegas SM. Vaccination access in Primary Care from the user's perspective: senses and feelings about healthcare services. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):e20180250.
 14. Teixeira T, Nascimento MH. Pesquisa metodológica: perspectivas operacionais e densidades participativas. In: Teixeira E, organizadora. *Desenvolvimento de tecnologias cuidadoso-educacionais*. 2ª ed. Porto Alegre: Moriá; 2020.
 15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
 16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
 17. Andrade DR, Lorenzini E, Silva EF. Mothers' knowledge regarding the vaccination program and factors which lead to delays in infant vaccination. *Cogitare Enferm*. 2014;19(1):96-102.
 18. Fontes VS, Ribeiro CJ, Dantas RA, Ribeiro MC. Pain relief strategies during immunization. *Br J Pain*. 2018;1(3):270-3.
 19. Lorini C, Santomauro F, Donzellini M, Capecci L, Bechini A, Boccalini S, et al. Health literacy and vaccination: a systematic review. *Hum Vaccin Immunother*. 2018;14(2):478-88.
 20. Teixeira VB, Abreu HS, Silva HC, Messias CM, Barboza BF, Silva MR. Os desafios do profissional de enfermagem para uma cobertura vacinal eficaz. *Nursing*. 2019;22(251):2862-7.
 21. Ramos CF, Araruna RC, Lima CM, Santana CL, Tanaka LH. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1144-51.
 22. Oliveira VC, Gallardo PS, Gomes TS, Passos LM, Pinto IC. The nurse's supervision in the vaccination room: the nurse's perception. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):1015-21.
 23. Gonçalves FC, Dal-Farra RA. A educação libertadora de Paulo Freire e o teatro na educação em saúde: experiências em uma escola pública no Brasil. *Pro-Posições*. 2018;29(3):401-22.
 24. Oliveira FA, Sousa FS, Cavalcante SL, Couto AR, Almeida AN, Branco MF. Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde. *R Eletr Extensão*. 2018;15(28):137-50.
 25. Teixeira E, Silva BA, Fonseca JP, Sousa YM, Machado LC, Portal LC, et al. Educação em saúde: representação social e agir cotidiano de profissionais de saúde. *Mundo Saúde*. 2015;39(2):195-200.
 26. Araújo VO, Almeida GB. Representação Social de idosos institucionalizados sobre os benefícios e malefícios das vacinas. *Enferm Foco*. 2019;10(2): 131-5.
 27. Pereira AA, Nascimento CC, Monteiro DS, Rodrigues IL, Nogueira LM. Construção com profissionais de saúde de um dispositivo sobre biossegurança. In: Teixeira E, organizadora. *Desenvolvimento de Tecnologias Cuidado-Educativas*. Porto Alegre: Moriá, 2017.
 28. Hu Y, Li Q, Chen Y. Evaluation of two health education interventions to improve the varicella vaccination: a randomized controlled trial from a province in the east China. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-7.
 29. Ianni A, Tedeschi R, Marchetti A, Basso D, Virgili R, Piredda M, et al. The role of nurses in health education about vaccines: analysis of style and communication models of institutional vaccination campaigns. *Ig Sanita Pubbl*. 2019;75(5):355-69.

VIOLÊNCIA SEXUAL E ADESÃO AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

SEXUAL VIOLENCE AND ADHERENCE TO THE PROTOCOL OF ATTENDANCE OF A SOUTH BRAZIL HOSPITAL

VIOLENCIA SEXUAL Y LA ADHESIÓN AL PROTOCOLO DE ATENDIMIENTO DEL HOSPITAL DEL SUR DE BRASIL

Maria Gabrielle Ribeiro¹ (<https://orcid.org/0000-0002-5392-128X>)

Fabiana Schuelter-Trevisol¹ (<https://orcid.org/0000-0003-0997-1594>)

Descritores

Antirretrovirais; Notificação de doenças; Serviços de saúde; Violência sexual

Descriptors

Anti-retroviral agents; Disease notification; Health services; Sexual violence

Descriptores

Antirretrovirales; Notificación de enfermedades; Servicios de salud; Violencia sexual

Recebido

6 de Julho de 2020

Aceito

18 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

este artigo é derivado da dissertação de mestrado intitulada "Violência sexual e os fatores associados à adesão ao protocolo de atendimento de um Hospital do Sul do Brasil", defendida por Maria Gabrielle Ribeiro ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina, em 26 de agosto de 2019.

Autor correspondente

Maria Gabrielle Ribeiro
E-mail: gaby_mgr@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever os casos de violência sexual, identificar as características sociodemográficas das vítimas e da agressão, verificar a adesão à quimioprofilaxia e a realização de coletas sorológicas de um Hospital Geral do Sul do Brasil, durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2017.

Métodos: Delineamento de coorte histórica em que foram analisadas as fichas de notificação compulsória e dados do prontuário, entre janeiro de 2007 a dezembro 2017.

Resultados: No período, 118 pessoas procuraram atendimento hospitalar por violência sexual. A mediana de idade das vítimas foi de 14 (IQ 12,25), variando de 1 a 78 anos. Houve predomínio de notificações entre mulheres (84,7%), raça branca (83,9%), escolaridade de 0 a 8 anos de estudo (43,2%), solteira (63,6%). Identificou-se um caso reagente para sífilis, e somente 5,9% tiveram adesão ao seguimento proposto.

Conclusão: A baixa adesão ao protocolo de atendimento aumenta os riscos à saúde e chance de sequelas pelo agravo, sendo necessária outras estratégias dos serviços para ações de continuidade das ações profiláticas e terapêuticas.

ABSTRACT

Objective: Describe the cases of sexual violence, identify the sociodemographic characteristics of the victims and the aggression, verify adherence to chemoprophylaxis and the performance of serological collections at a General Hospital in Southern Brazil, from January 2007 to December 2017.

Methods: A historical cohort study in which compulsory notification forms and medical record data were analyzed from January 2007 to December 2017.

Results: During the years of the study, 118 people looked for a hospital care for sexual violence. The average age of the reported victims was 14 (IQ 12.25), ranging from 1 to 78 years of age. The reports were predominant among women (84.7%), white race (83.9%), low education with 0-8 years of schooling (43.2%), single (63.6%). A reactive case for syphilis was identified, and only 5.9% adhered to the proposed follow-up.

Conclusion: The low adherence to the protocol of care increases the health risks and chance of sequel by the injury, requiring other strategies of the services for continuity of prophylactic and therapeutic actions.

RESUMEN

Objetivo: Describir los casos de violencia sexual, identifique las características sociodemográficas de las víctimas y la agresión, verifique la adhesión a la quimioprofilaxis y la realización de colectas serológicas en un Hospital General del Sur de Brasil, desde enero de 2007 hasta diciembre de 2017.

Métodos: Delineamiento de corte histórica en que fueron analizadas las fichas de notificación compulsoria y de datos del prontuario, entre enero de 2007 a diciembre de 2017.

Resultados: En el periodo, 118 personas buscaron atendimento hospitalario por violencia sexual. La media de edad de las víctimas fue de 14 (IQ 12.25), variando de 1 a 78 años. Hubo predominio de notificaciones entre mujeres (84.7%) raza blanca (83.9%), escolaridad de 0 a 8 años de estudio (43.2%), soltera (63.6%). Se identificó un caso positivo de sífilis y solamente 5.9% tuvieron adhesión al seguimiento propuesto.

Conclusión: la baja adhesión al protocolo de atendimento aumenta los riesgos a la salud y la chance de sequelas pelo agravamiento, siendo necesaria otras estrategias de los servicios para acciones de continuidad de las acciones profiláticas y terapéuticas.

¹Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, Brasil.

Como citar:

Ribeiro MG, Schuelter-Trevisol F. Violência sexual e adesão ao protocolo de atendimento de um hospital do sul do Brasil. *Enferm Foco*. 2021;12(2):312-8.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4140

INTRODUÇÃO

A violência sexual é um fenômeno de difícil compreensão, multifatorial, que produz consequências traumáticas relacionadas ao bem-estar físico e mental de quem sofre com esta agressão.^(1,2) Entre as consequências deste tipo de violência, incluem-se gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST).⁽¹⁾

No campo da saúde, a violência sexual contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas vem sendo discutida e faz parte de uma luta incessante para acabar com este tipo de agravo.⁽³⁾ O atendimento às vítimas de violências faz parte das ações dos serviços de saúde, sendo obrigatório na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando o atendimento, os cuidados quimioprofiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social.⁽⁴⁾

Com vistas à prevenção para o desenvolvimento de IST, o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual, implantado pelo Ministério da Saúde (MS), diz respeito a um conjunto de procedimentos oferecidos pelo SUS. Faz parte deste protocolo de atendimento a avaliação clínica da condição sorológica da pessoa exposta, investigação da ocorrência da exposição, quimioprofilaxia, notificação compulsória, anticoncepção de emergência, tratamento dos agravos resultantes da agressão, acompanhamento por até seis meses da ocorrência e encaminhamento para redes de especialidades de acordo com a necessidade.^(1,5,6)

A adesão ao protocolo de atendimento nos casos de violência sexual consiste na utilização correta do antirretroviral (ARV), respeitando as doses, horários e outras indicações. A adesão também é um processo colaborativo das pessoas em tratamento, em que se deve seguir as orientações propostas, pressupondo a participação do indivíduo nas decisões sobre a terapia.⁽⁷⁾ Devido a longevidade do cuidado, o acompanhamento é considerado um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, que não depende somente da atuação profissional, mas da adesão das vítimas.⁽⁷⁾

Supõe-se que ainda há falhas na interação entre a vítima de violência sexual e os profissionais que compõem a rede de atendimento, constituindo em uma barreira para conclusão do seguimento ambulatorial. Neste contexto, este estudo pretendeu descrever os casos de violência sexual, identificar as características sociodemográficas das vítimas e da agressão, verificar a adesão à quimioprofilaxia e a realização de coletas sorológicas de um Hospital Geral do Sul do Brasil, durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2017.

MÉTODOS

Foi realizado estudo com delineamento de coorte histórica.

O estudo foi realizado em um Hospital Geral, localizado na Região Sul do Brasil. O hospital é classificado como uma instituição privada de caráter filantrópico que atende o Sistema Único de Saúde (SUS), saúde complementar e particulares. O local do estudo é um hospital de grande porte e de atendimento geral, sendo referência em ortopedia e traumatologia, neurocirurgia, cardiovascular, gestante de alto risco e centro de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal.

A população do estudo foi composta por todas as vítimas de violência sexual, que procuraram o serviço hospitalar para atendimento e cujo ato foi notificado, pelo preenchimento da ficha de notificação individual, no agravo classificado como vítima de violência interpessoal e auto-provocada, durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2017. O período foi escolhido devido à implantação do núcleo de vigilância no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) no ano de 2007.

Os critérios de inclusão foram fichas de notificação compulsória das vítimas de violência sexual, no período entre 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2017, armazenadas no SCIH de um Hospital Geral do Sul do Brasil. A amostra foi do tipo censo. Foram excluídas do estudo as fichas de notificação que após análise não foram caracterizadas como violência sexual.

Os dados foram coletados conforme formulário semiestruturado e com base no prontuário eletrônico dos pacientes com acesso ao sistema de informação Tasy®, e pelas fichas de notificação armazenadas no SCIH. Os casos foram as vítimas de violência sexual. A coleta de dados foi realizada mediante revisão das fichas de notificação classificadas como vítima de violência que são armazenadas sob a responsabilidade do SCIH, setor este que tem por objetivo fazer o controle de infecção dentro da unidade hospitalar. Estas fichas foram revisadas individualmente e incluídos dados complementares a partir do prontuário eletrônico. O prontuário eletrônico foi consultado para verificação dos resultados das sorologias e o acompanhamento de seis meses, com adesão ao protocolo de atendimento em casos de violência sexual.

As variáveis independentes analisadas foram: data da ocorrência, idade, sexo, gestação, raça, escolaridade, situação conjugal, presença de deficiência/transtorno, município de ocorrência, zona de ocorrência, local de ocorrência, outras ocorrências de violência sexual, qual tipo de violência sexual, procedimento realizado, número de envolvidos, vínculo ou grau de parentesco do agressor, sexo do autor, suspeito em uso de álcool e ciclo de vida do provável suspeito; as variáveis dependentes foram: encaminhamentos

para serviços de referências, resultados das sorologias, adesão ao protocolo de atendimento. O atendimento às vítimas de violência sexual, se dá em quatro momentos específicos: primeiro atendimento após ocorrido a violência sexual, retorno após seis semanas, após três meses e após seis meses para realização de coletas sorológicas.

Os dados coletados foram digitados no programa EpiData versão 3.1 (*Epi Data Association, Odense, Denmark*) A análise estatística foi realizada com o auxílio do software SPSS (for Windows v 20 Chicago, IL, USA). Foi utilizada a epidemiologia descritiva para apresentação dos dados, sendo as variáveis qualitativas expressas em proporções e as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão, sendo utilizada mediana e intervalo interquartil devido a distribuição não paramétrica dos dados. Foi utilizado o modelo estatístico de regressão linear para avaliar a tendência média dos casos de violência sexual no período estudado. Para o cálculo de incidência de violência sexual, considerou-se apenas o número total de mulheres residentes no município de Tubarão, conforme o último censo de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Este estudo foi realizado seguindo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina e aprovado sob o parecer nº 3.150.009, em 16 de fevereiro de 2019. CAAE 02761018.2.0000.5369.

RESULTADOS

Nos anos em estudo, 118 pessoas procuraram atendimento hospitalar por violência sexual e os casos foram notificados a partir da ficha de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A figura 1 apresenta a tendência média das vítimas de violência no período de 2007 a 2017. A tendência média da série temporal analisada é de forte crescimento do número de casos de violência sexual em 0,85 anual.

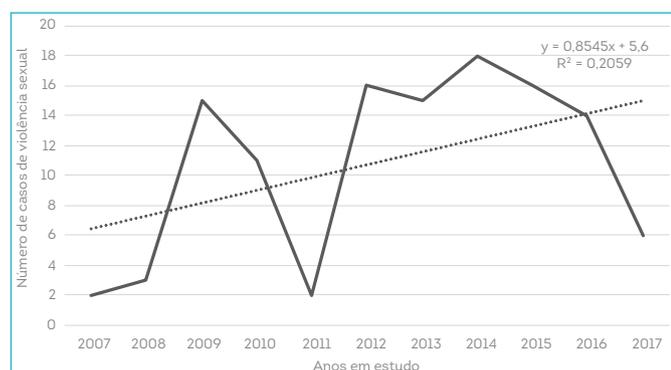


Figura 1. Tendência temporal dos casos de violência atendidas

Com referência aos municípios de ocorrência, observou-se 14 municípios, todos com proximidade ao município de Tubarão,

com exceção de uma única notificação onde a violência sexual ocorreu em Curitiba, Paraná. Tubarão, cidade onde o serviço é situado, obteve maior número de notificações (62,7%). Considerando apenas os casos de Tubarão e números de mulheres no município, estima-se uma incidência de violência sexual de 2,8/1.000 habitantes. A mediana de idade das vítimas notificadas foi de 14 (IIQ 12,25), variando de 1 a 78 anos de idade. Em relação às características sociodemográficas das vítimas de violência sexual, verificou-se que as notificações das violências sexuais foram predominantes entre as mulheres (84,7%), solteiras (63,6%), raça branca (83,9%), minoria com presença de algum tipo de deficiência ou transtorno (9,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das vítimas de violência sexual atendidas

Características	n(%)
Sexo	
Feminino	100(84,7)
Masculino	18(15,3)
Idade em anos	
1-9	31(26,2)
10-19	53(45,0)
20-29	18(15,3)
30-39	11(9,3)
40-49	2(1,7)
≥50	3(2,5)
Raça	
Branca	99(83,9)
Preta	9(7,6)
Parda	6(5,1)
Ignorado	4(3,4)
Escolaridade (anos de estudo)	
0-8	51(43,2)
> 8	31(26,3)
Não informado	36(30,5)
Situação conjugal	
Solteiro (a)	75(63,6)
Não se aplica	26(22,1)
Separado (a)	8(6,8)
Casado (a)	3(2,5)
Viúvo (a)	1(0,8)
Ignorado	5(4,2)
Deficiência/ transtorno	
Não	106(89,9)
Sim	11(9,3)
Não informado	1(0,8)
Gestante	
Não	117(99,2)
Sim	1(0,8)

A tabela 2 apresenta dados segundo contexto da agressão, e verificou-se que o estupro foi o tipo de violência sexual mais notificado (80,5%), seguido do assédio sexual (13,6%) e atentado violento ao pudor (5,9%).

A maioria dos agressores foram adultos do sexo masculino e, em geral, conhecido ou próximo da vítima, com predomínio de um único agressor em mais de 75,4% das violências sexuais (Tabela 3).

Tabela 2. Violência sexual segundo o contexto da agressão

Características	n(%)
Local da ocorrência	
Residência	65(55,1)
Via pública	30(25,4)
Outros #	17(14,4)
Não informado	6(5,1)
Turno da ocorrência ##	
Noite	22(18,6)
Madrugada	18(15,3)
Tarde	17(14,4)
Manhã	6(5,1)
Não informado	55(46,6)
Violência de repetição	
Não	82(69,5)
Sim	35(29,7)
Não informado	1(0,8)
Tipo de violência sexual	
Estupro	95(80,5)
Assédio sexual	16(13,6)
Atentado violento ao pudor	7(5,9)

Escola, bar ou similar, habitação coletiva, comércio/serviços, indústrias; ## Manhã: 06:00 às 12:00; tarde: 12:01 às 18:00; noite: 18:01 às 24:00; madrugada: 00:01 às 05:59

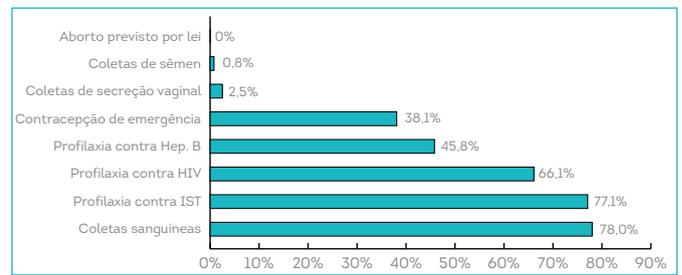
Tabela 3. Características relacionadas ao autor da violência sexual

Características	n(%)
Sexo	
Masculino	111(94,1)
Feminino	4(3,4)
Ambos	3(2,5)
Número de agressores	
1	89(75,4)
2 ou mais	10(8,5)
Ignorado	19(16,1)
Vínculo com a vítima*	
Conhecido	36(30,5)
Desconhecido	34(28,8)
Familiar	20(16,9)
Outros	20(17,0)
Parceiro íntimo	8(6,8)
Consumo de álcool	
Não	72(61,0)
Ignorado	24(20,3)
Sim	22(18,7)
Ciclo de vida	
Adulto	94(79,7)
Adolescente	18(15,3)
Jovem	4(3,3)
Criança	2(1,7)

*Parceiro íntimo: cônjuge, ex-cônjuge, namorado; conhecido: conhecido/amigo; familiar: pai, mãe, padrasto, irmão; desconhecido: desconhecido; outros: patrão/chefe, outros

Os procedimentos de atendimento realizados de acordo com o protocolo de atendimento, estão representados na figura 2.

Dos testes rápidos realizados, verificou-se que apenas um caso foi reagente para sífilis no momento do primeiro atendimento. Quanto à adesão aos quatro momentos do protocolo proposto pelo MS, comprovou-se que 90,7% das vítimas aderiram apenas ao 1º momento, que diz respeito à procura ao serviço de emergência hospitalar, 1,7% aderiram ao 2º momento, 1,7% ao terceiro e 5,9% aderiram aos



Hep B - Hepatite B; HIV - Vírus da Imunodeficiência humana; IST - Infecção sexualmente transmissível

Figura 2. Procedimentos realizados de acordo com o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual

quatro momentos do protocolo, durante seis meses, e nestes casos, não houve soroconversão.

DISCUSSÃO

Este estudo procurou descrever os casos de violência sexual e identificar as características sociodemográficas das vítimas, adesão à quimioprofilaxia e coletas sorológicas de um Hospital Geral do Sul do Brasil.

Comparando-se com os registros de violência sexual em Santa Catarina no período da pesquisa, as notificações equivaleram a cerca de 1,5% do total do Estado. Segundo dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado, ocorreram 7.956 casos de violência sexual notificados entre 2007 a 2017 em Santa Catarina.⁽⁸⁾

Ao verificar o contexto histórico da implantação das notificações compulsórias, em 2006, foi implementada a notificação de violências interpessoal e autoprovocada, e em 2011 passou a ser compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados. Em relação ao número de notificações por ano, apesar de aumento no período, este não apresentou significância estatística. Chamou atenção que no ano de 2011, verificou-se um declínio expressivo dos registros, sem que haja uma explicação para este fato. Ressalta-se, contudo, pela natureza da agressão e suas características, que este agravo é subnotificado por medo ou vergonha da vítima, que por vezes se culpa pela ocorrência da violência sexual.^(9,10)

Segundo as características sociodemográficas, a maioria das vítimas de violência sexual eram de cor da pele branca, condição que pode estar associada ao predomínio na população do Estado, devido a colonização europeia.⁽¹¹⁾ A maior parcela das vítimas apresentava baixa escolaridade, a literatura relaciona este aspecto com maior vulnerabilidade da pessoa sofrer algum tipo de violência.⁽¹²⁾

A maior parte das pessoas agredidas sexualmente foram do sexo feminino, especialmente crianças e adolescentes, característica observada em outros estudos.⁽¹³⁻¹⁷⁾ Informações do MS mostraram que no ano de 2015, 67,1%

das notificações de violências eram do sexo feminino.⁽¹⁴⁾ Destaca-se neste estudo que crianças e adolescentes foram as vítimas mais frequentes de violência sexual. Pesquisas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ corroboram com os dados anteriores e demonstram a predominância da violência sexual em adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 12 a 14 anos. Este fato está associado à desigualdade de gênero, de poder e de direitos, culminando com os valores culturais machistas e patriarcais estruturantes na sociedade brasileira.^(18,19)

A violência sexual ocorreu frequentemente na residência da pessoa agredida, sendo o agressor conhecido ou próximo da vítima. Quando o autor é sabidamente conhecido da vítima, a violência sexual ocorre geralmente em domicílio, já quanto o agressor é desconhecido a prevalência intercorre em vias públicas.^(20,21) O uso de álcool e drogas está frequentemente associado aos atos violentos,^(22,23) entretanto, durante as notificações revisadas no presente estudo, os agressores, na maioria dos casos, não estavam alcoolizados.

Apesar da literatura associar a violência de repetição ao agressor conhecido, evidenciou-se que, na maioria dos casos o ato ocorreu apenas uma vez, situação que pode estar associada ao temor da vítima em procurar atendimento e/ou realizar denúncia da violência ocorrida. Associa-se também com o fato da procura ao serviço hospitalar ocorrer geralmente nos casos mais graves.⁽²⁴⁾

Na maioria das notificações constava que a violência foi praticada por um único agressor, sendo ele homem e adulto, fato que pode ser explicado pela questão de gênero, princípio da constituição desigual dos lugares de homens e mulheres nas sociedades.⁽²⁵⁾ Dentre as violências sexuais, o estupro foi mais expressivo, constituindo-se uma das manifestações mais violentas do machismo.⁽²⁶⁾

Nos casos avaliados, a maioria recebeu profilaxia contra IST, seguido de profilaxia contra HIV e hepatite B. No Estado de Santa Catarina, no período estudado, dos 7.956 casos de violência sexual notificados, houveram 139 IST e 272 gestações resultantes deste agravo.⁽⁸⁾ Para indicação das profilaxias, deve-se avaliar caso a caso. Indica-se o uso de antirretroviral, por exemplo, quando a violência sexual ocorreu em menos de 72 horas com exposição a risco de contaminação, sem uso de preservativo, via anal e/ou vaginal, com ejaculação.⁽⁵⁾

As coletas sanguíneas foram realizadas na maioria dos casos. Segundo o Protocolo do MS⁵, no momento da admissão da vítima no serviço é indicado coleta sorológica ou aplicação de teste rápido para HIV e hepatites virais B e C. Quando há indicação do uso profilático com medicação antirretroviral, realiza-se também coleta sanguínea para

exames de hemograma, glicose, ureia, creatinina, transaminase glutâmico-oxalacética, transaminase glutâmico pirúvica e bilirrubina direta. Destaca-se que apesar da contraindicação da Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual (PEP) em situações de violência sexual após 72 horas com exposição a risco de contaminação, os casos devem sempre ser avaliados quanto à necessidade de acompanhamento clínico e laboratorial, e de prevenção de outros agravos.

As coletas de secreção vaginal e de sêmen não tiveram números consideráveis. Para coleta deste material, faz-se necessário a presença de um perito. Apesar da garantia de direito pela legislação, este profissional não estava atuando no município sede do hospital, fato que vem ocorrendo há algum tempo. Para este procedimento, os profissionais de saúde não estão treinados nesta Instituição para a coleta e armazenamento de vestígios. O material deve ser armazenado corretamente para o inquérito policial e como prova pericial em um eventual julgamento.

A contracepção de emergência foi indicada em 38,1% dos casos. Um estudo⁽²⁷⁾ realizado em Campinas, São Paulo, mostrou que a experiência da gravidez decorrente de violência sexual e da interrupção legal é traumática na vida das mulheres. Considerando que o risco de gravidez indesejada em decorrência da violência sexual é um dos maiores temores das mulheres violentadas, a contracepção de emergência torna-se um procedimento significativo na condução do atendimento a estas mulheres.^(5,28)

Neste sentido, os encaminhamentos são necessários para continuidade do cuidado possibilitando inclusive a investigação dos casos e são realizados pelas redes de especialidades de acordo com a necessidade. Para Mendes,⁽²⁹⁾ este processo tem como essência o foco nas necessidades de saúde da população e deve ser contínua a melhoria dos serviços prestados. Os encaminhamentos se deram para alguns órgãos públicos sem que a finalização de cada caso fosse avaliada, por não ser este o objetivo do presente estudo.

A baixa adesão ao protocolo foi evidenciada, poucas vítimas concluíram o tratamento de seis meses. Estudo realizado em Campinas, São Paulo, mostrou que a taxa de não adesão ao seguimento ambulatorial foi 24,5%.⁽²¹⁾ Outro estudo realizado em Curitiba, Paraná, com 1.272 prontuários de casos de violência sexual, entre os anos de 2009 e 2013, evidenciou que do total de atendimentos, 30,9% compareceram ao primeiro retorno, 6% na quarta e última consulta.^(30,31) A não adesão ao acompanhamento limita a avaliação da adesão ao uso da quimiprofilaxia, bem como nos casos de soroconversão e gestação indesejada.⁽³²⁾ Dentre as ações para auxiliar na adesão, encontra-se o acesso à

informação, no que diz respeito à sua saúde. As informações são fundamentais e podem contribuir no processo de autonomia, reflexão e tomada de decisões para o enfrentamento da situação vivida.⁽³³⁾

Com relação ao preenchimento correto das fichas de notificação compulsória, observou-se que a maior parte das fichas estudadas não possuíam todos os dados informados, fato também observado em estudo conduzido em São Paulo em serviços de saúde que dão atendimento de emergência a mulheres que sofrem violência sexual.⁽³⁴⁾ Os autores verificaram que a maior parte dos serviços de saúde apresentam dificuldade de realizar a notificação devido sobrecarga de trabalho dos profissionais, bem como o desconhecimento da importância da notificação.

Dentre as limitações deste estudo, destacam-se o uso de dados secundários e a influência da subnotificação, culminando com a dificuldade da investigação do desfecho dos casos pela falta de adesão ao protocolo de atendimento. Em 2014 houve alterações na ficha de notificação compulsória, com a modificação e implantação de algumas variáveis. Entretanto, os dados retratam as características epidemiológicas das vítimas de violência sexual, do agressor, expondo a baixa adesão ao protocolo de atendimento proposto pelo MS.

Os resultados deste estudo refletem sobre a relevância no tema, pela gravidade das situações de violência sexual contra mulheres. A temática exige mais estudos para

compreensão dos fatores associados a este fenômeno. Sugere-se aprofundamento nas pesquisas sobre a adesão ao protocolo de atendimento preconizado, com vistas à mudança no comportamento dos profissionais de saúde e da população. A busca ativa talvez seja uma alternativa para resolver este problema. O acompanhamento das vítimas torna-se importante para estimar a incidência das infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, bem como possibilitará ações para atendimento humanizado e assistência necessária.

CONCLUSÃO

Em conclusão, considera-se que as informações aqui veiculadas contribuam para melhora da qualidade de informação entre os serviços e sensibilização de gestores, profissionais e pesquisadores da área da saúde para a importância da notificação, associada à busca ativa das pessoas vítimas de violência sexual garantindo as profilaxias recomendadas e acompanhamento dos casos a fim de evitar as sequelas deste agravo.

Contribuições

Ribeiro MG contribuiu na concepção e delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados, redigiu o manuscrito e realizou aprovação da versão final a ser publicada. Trevisol FS contribuiu na concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados, e revisou criticamente o manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Delzvio CR, Berger E, Coelho S, Lindner SR. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina - Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(5):1687-96.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/notificacao_violencias_%0Ainterpessoais_autoprovocadas.pdf.
3. Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Violência contra a mulher: um olhar do Ministério Público brasileiro. Brasília (DF): CNMP; 2018 [citado 2020 nov 25]. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/FEMINICIDIO_WEB_1_1.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfecoes>
6. Secretaria de Estado da Saúde, Sistema Único de Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Governo do Estado de Santa Catarina. NOTA TÉCNICA Nº. 01/2015/DIVE/SUV/SES. Recomendações para a profilaxia da infecção pelo HIV, das DST e hepatite B em situações de exposição ocupacional, sexual e violência sexual no Estado de Santa Catarina [Internet]. 2015 [citado 2019 fev 25]. Disponível em: https://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/notas_tecnicas/Nota_tecnica_01_2015_profilaxia%20HIV.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>
8. Secretaria de Estado da Saúde, Sistema Único de Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Governo do Estado de Santa Catarina. Protocolo de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual [Internet].

- 2019 [citado 2019 fev 25]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/Protocolo_Mulher.pdf
9. Labronici LM, Fegadolli D CM. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev da Esc Enferm USP*. 2010;44(2):401-6.
10. Bonfiglio ABSU. Women in the situation of conjugal violence : aspects related. *Rev Estud Acadêmicos Interdiscip*. 2017;1(1):75-87.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do Censo Demográfico 2010 [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2019. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo>
12. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EB. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(6):1-13.
13. Silva MC, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(3):403-12.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Nota: Estupros em mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/vigilancia_doencas_agravos_nao_transmissiveis_promocao_saude.pdf
15. Russell ST, Everett BG, Rosario M, Birkett M. Indicators of victimization and sexual orientation among adolescents: Analyses from youth risk behavior surveys. *Am J Public Health*. 2014;104(2):255-61.
16. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(2):266-73.
17. Justino LC, Nunes CB, Gerk MA, Fonseca SS, Ribeiro AA, Paranhos Filho AC. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande , Mato Grosso do Sul. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36:239-46.
18. Guimarães MC, Pedroza RL. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicol Soc*. 2015;27:256-66.
19. Garcia LP. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2014):451-4.
20. Facuri CO, Fernandes AM, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RC. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. 2013;29(5):889-98.
21. Schraiber LB, D'oliveira AF, Franca-Junior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Supl 1):127-37.
22. Vasconcelos MS, Holanda VR, Albuquerque TT. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):1-10.
23. Paulo UD, Claro G, Oliveira F, Aparecida M, Bourdreaux T, Fernandes AL, et al. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015;23(6):1173-80.
24. Kind L, Orsini ML, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica*. 2013;29(9):1805-15.
25. Albarran J. Referentes conceptuales sobre feminicidio. Su incorporación en la normativa jurídica venezolana. *Comunidad y Salud*. 2015;13(2):75-80.
26. Peixoto AF, Nobre BP. A responsabilização da mulher vítima de estupro. *Rev Transgressões*. 2015;3(1):227-39.
27. Maria A, Makuch MY. Gravidez após violência sexual : vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saude Publica*. 2015;31(2):345-53.
28. Nunes A, Cristina M, Lima FF, Morais D, Araujo N. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. *Pisciol Cienc Prof*. 2017;37(4):956-969.
29. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): OPAS; 2011 [citado 2019 fev 25]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF
30. Silva P. Intervenção psicológica em vítimas de estupro na cidade de São Paulo. *Arq Bras Psicol*. 2017;69(3):183-98.
31. Trigueiro TH, Merighi MA, Medeiros AR, Ribeiro CR, Mata ND, Jesus MC. Victims of sexual violence attended in a specialized service. *Cogitare Enferm*. 2015;20(2):247-54
32. Silva O, Tavares LH, Paz LC. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. *Enferm Foco*. 2011;2(supl):58-62
33. Schelb M, Cunha ML, Gottems LB, Chariglione IP. O processo de construção de material educativo para mulheres vítimas de violência. *Enferm Foco*. 2019;10(6):50-6.
34. Sousa MH, Bento SF, Osis MJ, Ribeiro MP. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):94-107.

NETNOGRAFIA E PESQUISA EM ENFERMAGEM EM AMBIENTE VIRTUAL: EXPERIÊNCIA COM ADOLESCENTES NO *FACEBOOK*

NETNOGRAPHY AND NURSING RESEARCH IN A VIRTUAL ENVIRONMENT: EXPERIENCE WITH ADOLESCENTS ON *FACEBOOK*

INVESTIGACIÓN EN NETNOGRAFÍA Y ENFERMERÍA EN ENTORNO VIRTUAL: EXPERIENCIA CON ADOLESCENTES EN *FACEBOOK*

Joyce Mazza Nunes Aragão¹ (<https://orcid.org/0000-0003-2865-579x>)

Fabiane do Amaral Gubert² (<http://orcid.org/0000-0003-3016-9619>)

Neiva Francenely Cunha Vieira² (<https://orcid.org/0000.00029622-2462>)

Descritores

Enfermagem; Pesquisa; Adolescente; Ciberespaço; Rede social

Descriptors

Nursing; Research; Adolescent; Internet; Social networking

Descriptores

Enfermería; Investigación; Adolescente; Internet; Red social

Recebido

5 de Julho de 2020

Aceito

2 de Maio de 2021

Conflitos de interesse

extraído da Tese "Mídia Social Facebook como tecnologia de educação em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares", defendida em 2016 na Universidade Federal do Ceará.

Autor correspondente

Joyce Mazza Nunes Aragão
Email: joycemazza@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever o uso da netnografia para pesquisa em enfermagem no *Facebook* com adolescentes escolares.

Métodos: Estudo qualitativo, netnográfico de observação participante, realizado em dois grupos da rede social *Facebook*, criados para a prática educativa em saúde de enfermagem junto a adolescentes.

Resultados: O uso da netnografia possibilitou evidenciar a cibercultura no contexto da adolescência e como esta intervém no processo de ensino-aprendizagem *online*. As relações de ensino-aprendizagem em saúde mediadas pelo *Facebook*, consolidaram-se em rede de colaboração entre enfermeira e adolescentes.

Conclusão: A netnografia é uma técnica com potencial na pesquisa, especialmente na atualidade, todavia, é pouco referida na área da saúde e Enfermagem. O estudo procurou contornar esse desafio do conhecimento, apresentando a abordagem da netnografia para pesquisa *online* com junto a adolescentes no *Facebook*, ampliando assim, essas possibilidades.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to report the use of netnography for nursing research on Facebook with school adolescents.

Methods: It was a qualitative netnographic study of participant observation carried out in two Facebook social network groups, created for the educational practice in nursing health with adolescents.

Results: The use of netnography enabled to highlight cyberculture in the context of adolescence and how it intervenes in the online teaching-learning process. The teaching-learning relationships in health mediated by Facebook were consolidated in a collaboration network between nurses and adolescents.

Conclusion: Netnography is a technique with potential in research, especially nowadays; nevertheless, it is little mentioned in the area of health and nursing. This study sought to overcome this knowledge challenge by presenting the netnography approach to online research with adolescents on Facebook, thus expanding these possibilities.

RESUMEN

Objetivo: Informar el uso de la netnografía para investigación en enfermería, en *Facebook*, con adolescentes escolares.

Métodos: Estudio cualitativo, netnográfico, de observación participante, llevado a cabo en dos grupos de la red social *Facebook*, creado para práctica educativa en salud de enfermería con adolescentes.

Resultados: El uso de la netnografía permitió destacar la cibercultura en el contexto de la adolescencia y cómo interviene en el proceso de enseñanza-aprendizaje en línea. Las relaciones salud-enseñanza-aprendizaje, mediadas por *Facebook*, se consolidaron en una red de colaboración entre enfermera y adolescentes.

Conclusión: La netnografía es técnica con potencial en investigación, especialmente hoy en día, sin embargo, se menciona poco en el área de salud y enfermería. El estudio buscó eludir este desafío de conocimiento, presentando el enfoque de la netnografía para investigación en línea con adolescentes en *Facebook*, ampliando así estas posibilidades.

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

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

Como citar:

Aragão JM, Gubert FA, Vieira NF. Netnografia e pesquisa em enfermagem em ambiente virtual: experiência com adolescentes no facebook. *Enferm Foco*. 2021;12(2):319-25.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4122

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o uso da internet vem transformando a vida das pessoas através das suas diversas ferramentas tecnológicas, criando um ambiente virtual de interação que é utilizado amplamente no cotidiano da sociedade.⁽¹⁾ Nesse contexto, surge a cibercultura, que é a cultura contemporânea estruturada pelo uso das tecnologias digitais de informação e comunicação – TDIC em rede nas esferas do ciberespaço (espaço virtual).⁽²⁾

Em tempos de pandemia, como a de Covid19, que atingiu o Brasil em 2020, sendo necessário estabelecer várias medidas de prevenção, dentre as quais, o distanciamento social,^(3,4) o uso da internet se tornou imprescindível no cotidiano das pessoas, havendo um incremento maior no uso das TDIC, especialmente para a interação social.⁽⁵⁾

Diante dessa realidade, foi lançado o desafio aos docentes para que remodelassem suas estratégias de ensino e aos pesquisadores para reinventarem métodos e técnicas de pesquisa, adaptando às metodologias dos seus estudos. Os enfermeiros também têm sido desafiados a modificar sua práxis nas múltiplas dimensões do cuidado, adequando o seu fazer à realidade social e cultural dos sujeitos e por que não dizer à atual conjuntura política e econômica do País.

As instituições universitárias devem estar sensíveis à abertura de espaços cibernéticos, que possam proporcionar impacto positivo no conhecimento científico, vislumbrando melhorias no ensino, na formação e na aprendizagem em saúde e em Enfermagem.⁽⁶⁾

Para acompanhar esse novo fenômeno social, considerando o ciberespaço como campos legítimos de pesquisa e de formação, com status de redes educativas, as metodologias de investigação científica têm se aprimorado para originar novos métodos de pesquisa para exploração desses ambientes virtuais, como é o caso da netnografia,⁽¹⁾ que é uma pesquisa observacional focada no espaço virtual, possibilitando a comunicação, identificando a cultura dos sujeitos, visualizando o que é mais comum dentro do grupo estudado, buscando interpretar as comunidades e subculturas existentes no ambiente virtual.⁽⁷⁾

A netnografia é baseada em trabalho de campo *online*, que usa comunicações mediadas pela internet como fonte de dados para chegar à compreensão e à representação etnográfica de um fenômeno cultural ou comunal, cuja abordagem é adaptada para estudar fóruns, grupos de notícias, blogs, redes sociais, etc.⁽⁸⁾

A netnografia que tem suas bases na etnografia, facilita a imersão do pesquisador em grupos ou comunidades virtuais. Nesse sentido, há uma continuidade de princípios

metodológicos entre os tipos de etnografia que podem ser aplicados à internet e os tipos que são usados em qualquer outro domínio cultural, embora algumas das técnicas possam diferir.⁽⁹⁾

As redes sociais por serem espaços de interação social e evidenciarem marcas de culturas,⁽⁸⁾ também passaram a ser ambientes de análise para pesquisadores em diferentes áreas, e a netnografia é pode ser um recurso para tal finalidade. Dentre as redes sociais estudadas com a netnografia, destacam-se o *Facebook*,⁽¹⁰⁻¹²⁾ incluindo estudos na área da saúde,^(13,14) o *LinkedIn*⁽¹⁵⁾ e o *Twitter*.⁽¹⁶⁾ Os *blogs* já foram estudados pela Enfermagem tendo a Etnografia Virtual como método de investigação.⁽¹⁷⁾

As comunicações mediadas pelas TDIC são carregadas de sentidos e significados culturais oferecendo subsídios para o compartilhamento de experiências humanas. Sendo assim, a análise de redes sociais tem o compromisso de desvendar os atores e os relacionamentos, identificando também os limites da rede e as conexões entre os membros do grupo.⁽⁸⁾

Considera-se que as redes sociais, por agregar diversas pessoas, contribuindo para a formação de grupos, constituem também ambientes propícios para a aprendizagem em saúde. Nesse sentido, as atividades de educação em saúde desenvolvidas pela enfermagem permeiam a interação entre as pessoas e não mais exigem a presença física, uma vez que pode ocorrer de forma virtual ou digital, utilizando as TDIC para essa prática, especialmente junto aos jovens que são fiéis usuários da internet.⁽¹⁸⁾ A netnografia pode ser uma abordagem adequada para estudar esses processos, que são permeados pelo contexto social e cultural dos envolvidos.

A enfermagem pode utilizar as TDIC para compartilhar informações em saúde com os sujeitos, haja vista que essas tecnologias se encontram presentes diariamente na vida das pessoas, podendo direcionar os profissionais a conhecer os meios disponíveis e empregá-los satisfatoriamente em seu processo de cuidar.⁽¹⁹⁾

Nessa perspectiva, o objetivo do estudo é descrever o uso da netnografia para pesquisa em Enfermagem no *Facebook* com adolescentes escolares, a partir de uma intervenção educativa em saúde desenvolvida nessa rede social, buscando desvelar como se estabelecem as relações de ensino aprendizagem no ambiente virtual. Assim, o estudo se apresenta relevante, fornecendo novos elementos que podem (re)significar tanto a prática educativa em saúde utilizando as TDIC, quanto a investigação científica direcionada à realidade e aos desafios impostos pela contemporaneidade.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, netnográfico, que prevê a imersão e o envolvimento do pesquisador com o grupo social estudado, apresentando um senso de pertencimento.⁽⁶⁾ Neste estudo, uma das autoras era enfermeira da Estratégia Saúde da Família - ESF atuando junto ao grupo de adolescentes escolares no *Facebook*, simultaneamente como facilitadora e pesquisadora.

Participaram dos grupos estudados, 135 alunos, sendo um grupo com 50 alunos da escola particular e outro com 85 da pública, de ambos os sexos, que cursavam o 9º ano do Ensino Fundamental e o 1º ano do Ensino Médio nas escolas pública e particular, selecionadas por estarem localizadas na área de abrangência territorial de atuação da enfermeira da ESF, na periferia de Fortaleza-CE.

A interação grupal *online* durou aproximadamente 120 dias, no período de junho a outubro de 2015.

O estudo netnográfico foi desenvolvido por meio de seis etapas,⁽⁶⁾ a saber: a primeira é a definição de questões de pesquisa, websites sociais ou tópicos a investigar; a segunda é a identificação e seleção da comunidade, a terceira é a observação participante e coleta de dados, a quarta etapa é a análise e interpretação dos resultados, a quinta etapa é a apresentação e relato dos resultados da pesquisa e suas implicações teóricas e práticas.

Para a primeira e segunda etapa deste estudo, delimitou-se dois grupos *online* criados na mídia social *Facebook*, por uma enfermeira da ESF, autora desse estudo, com o objetivo de aprendizagem em saúde sexual e reprodutiva.

Para essa prática educativa no *Facebook* foram realizadas pela enfermeira facilitadora/pesquisadora, 23 postagens utilizando as ferramentas dessa mídia social, como por exemplo, chats, fóruns, dentre outros, para promover a aprendizagem *online*, mediante o compartilhamento de experiências entre os participantes a partir do compartilhamento de documentos oficiais (cartilhas, vídeos, folders) do Ministério da saúde e/ou educação direcionados aos jovens sobre a temática saúde sexual e reprodutiva.

Para a coleta de dados nos grupos do *Facebook*, que é a terceira etapa do estudo netnográfico, foi utilizado a observação participante, durante cerca de 12 horas por semana, registrado em diário de campo e utilizando-se um roteiro estruturado que identificava a participação dos adolescentes na rede social, em relação as postagens disparadoras de aprendizagem promovidas pela enfermeira facilitadora/pesquisadora, verificando se os mesmos visualizavam, curtiam ou comentavam essas postagens, ou se tomavam a iniciativa de postar algo novo relacionados a temática do grupo que era saúde sexual e reprodutiva e

até mesmo se enviavam mensagens privativas para a facilitadora do grupo.

Para registro das informações produzidas no ciberespaço, também utilizou-se a captura das imagens das páginas dos grupos criados no *Facebook*, arquivando-as em editor de textos para posterior análise, preservando as postagens originais dos participantes (pesquisadora/facilitadora e adolescentes), considerando que esses diálogos revelavam peculiaridades do grupo estudo em suas facetas culturais.

Na figura 1 apresenta-se as etapas da coleta desse estudo, de acordo com o modelo de projeto de investigação netnográfica⁸, inclui a captura de três tipos diferentes de dados no ambiente *online*.



Figura 1. Fonte de coleta de dados netnográficos no *Facebook*

A quarta etapa do estudo netnográfico é a análise e interpretação dos resultados, que aconteceu simultaneamente à coleta. Para a isso, revisitou-se o material coletado e releitura dos *posts* no grupos com os seus respectivos comentários. A quinta etapa do estudo netnográfico é a apresentação dos resultados da pesquisa e suas implicações teóricas e práticas, que será apresentada no tópico dos resultados. Os aspectos éticos do estudo foram respeitados, norteando-se pela Resolução 466/12⁽²⁰⁾ sobre Pesquisa envolvendo seres humanos, obtendo-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o número 953.343. CAAE 39306514.1.0000.5054. As informações obtidas no *Facebook* foram autorizadas pelos adolescentes e/ou seus responsáveis, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento para adolescentes.

RESULTADOS

A enfermeira facilitadora/pesquisadora realizou nos grupos *online* as postagens disparadoras de aprendizagem utilizando os documentos selecionados previamente para esse

objetivo (cartilhas, folders, vídeos, dentre outros), e participou interagindo com os adolescentes, de modo a promover um compartilhamento de saberes, estimulando os adolescentes a se manifestarem, reforçando comentários positivos e esclarecendo dúvidas ou questionamentos. Os adolescentes visualizaram, curtiram, e comentaram essas postagens, manifestando suas opiniões e experiências. Ao analisar a quantidade de interações em ambos os grupos, percebeu-se que os adolescentes da escola pública, com maior número de participantes foram os que mais interagiram, seja curtindo, comentando ou compartilhando. A participação feminina foi maior em ambos os grupos. Quando se percebia que os alunos não estavam participando da atividade educativa *online* como esperado, a enfermeira facilitadora/pesquisadora enviava mensagens no bate-papo do *Facebook* individualmente para os alunos, estimulando-os a participar da atividade educativa. Daí se percebia que eles ampliavam sua participação, visualizando, curtindo e comentando as postagens. Exceto na atividade que foi solicitado para eles postarem figuras/desenhos/ilustrações que representassem para eles, a saúde do adolescente, em que apenas, um aluno da escola particular, todavia, e uma aluna do turno da manhã da escola pública postaram a atividade, conforme se percebe na figura 2.



Figura 2. Post do aluno da escola pública sobre saúde do adolescente

A participação na atividade educativa no *Facebook* deu a oportunidade para os adolescentes utilizarem essa ferramenta do bate-papo, de modo privado, com a enfermeira, para dialogar inclusive sobre outros assunto de saúde e esclarecer dúvidas. Essa manifestação foi maior entre os alunos da escola pública e somente as meninas utilizaram esse bate papo particular, conforme ilustrado na figura 3.

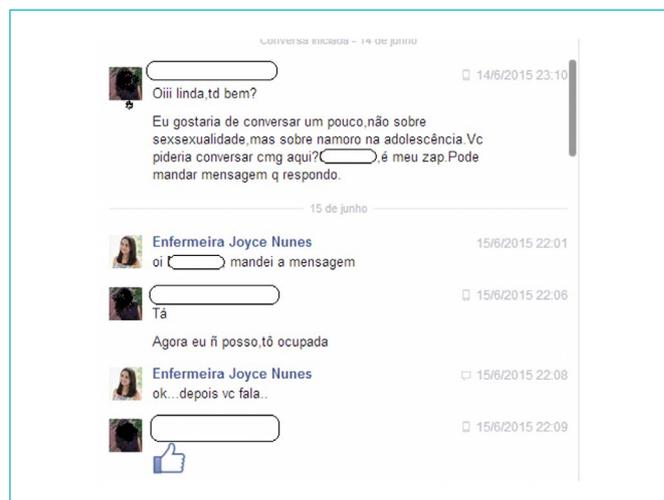


Figura 3. Diálogo de alunas com a enfermeira facilitadora do grupo no *Facebook* para a prática educativa em saúde

Os membros dos grupos participantes, interagiram sobre vários temas, sendo a maior parte referente a temática saúde sexual e reprodutiva, objetivo central do grupo no *Facebook*. Relatarem seus saberes e práticas sobre a temática em discussão, como por exemplo, saúde do adolescente, sexualidade, gravidez na adolescência, infecção sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, dentre outras. A maior parte das 23 postagens realizadas pela enfermeira facilitadora da atividade educativa, não foi comentada por todos os adolescentes, embora outras tenham recebido muitos comentários e tenha havido uma interação maior, como foi o caso das temáticas gravidez na adolescência e método contraceptivos, conforme se observa na figura 4 que apresenta o diálogo sobre o uso do preservativo masculino.



Figura 4. Post do diálogo sobre os motivos do não uso do preservativo pelos adolescentes

Os adolescentes discutiram inclusive sobre outros assuntos de interesses deles coletivo, como por exemplo, ensaios de quadrilhas juninas de suas escolas, provas escolares, passeios da escola, entre outras. Esse fato ocorreu mais frequentemente nos grupos da escola pública, revelando o cotidiano das vidas dos jovens. Na escola pública em seus perfis do *Facebook*, os jovens utilizavam nomes de times de futebol, de torcida organizada de times, suas características pessoais, ou ainda nomes de animais, como, por exemplo, gata, pig, outros usavam siglas conhecidas somente entre os adolescentes, refletindo o contexto social onde estavam inseridos. Essa realidade não ficou muito evidente entre os alunos da escola particular. Ao final da intervenção educativa, os adolescentes relataram que a rede social *Facebook* foi um ambiente de mediação que facilita o processo de aprendizagem, pois a maioria já a utiliza com frequência e cotidianamente conforme se observa nos relatos a seguir:

O grupo do Facebook é um bom meio de comunicação para debates em geral e eu vou aprimorar meus conhecimentos e adquirir experiência (Aluno da Escola particular).

Muito interessante e inteligente, porque podemos tirar nossas dúvidas sobre o assunto e eu aprendi muito e pretendo continuar tirando minhas dúvidas pelo Facebook (Aluna da escola pública).

DISCUSSÃO

Nos grupos houve forte interação entre os membros, a partir do interesse dos adolescentes em participar e aprender sobre saúde juntamente com a enfermeira da ESF, evidenciando que o diálogo e as relações com as TDIC podem ser potencializadoras na desterritorialização de saberes, rompendo os limites de tempo e de espaço.

O estudo apontou que a internet é também campo fértil de pesquisa, devendo ser considerada um campo social, virtualizado, com normas e regras que influenciam diretamente no comportamento dos sujeitos digitalizados.⁽²¹⁾

Nesses tempos de pandemia de Covid19, o uso da internet para estudo e pesquisa é potencializado e tem se mostrado imprescindível, favorecendo o aprendizado, bem como amenizando os efeitos do distanciamento social na vida das pessoas, rompendo os limites de tempo e de espaço. Nesse sentido, a netnografia se apresenta como um método de investigação científica que pode contribuir para a superação dos desafios atuais, ao ampliar as possibilidades de se fazer pesquisa na contemporaneidade.

Vislumbrando a cibercultura como o “conjunto de técnicas (materiais e intelectuais), de práticas, de atitudes, de modos de pensamento e de valores que se desenvolvem juntamente com o crescimento do ciberespaço”,⁽²²⁾ procurou-se desvelar no estudo netnográfico a cibercultura de adolescentes alunos de escolas públicas e privadas, residentes no território de abrangência da ESF, da periferia de Fortaleza-CE, identificando como estes jovens se comportavam com o uso do *Facebook* para fins educativos e não apenas para interação social.

A partir dos vários elementos que se apresentaram durante a interação nos grupos, como por exemplo, o acesso e participação mais intensa dos alunos da escola pública e das mulheres, interagindo mais com os colegas e com a enfermeira, a linguagem própria dos adolescentes, suas atitudes no grupo, seja apenas visualizando, curtindo ou comentando, evidenciou-se que a cultura é um elemento interveniente da aprendizagem *online*.

Considera-se que a partir da experiência no *Facebook*, houve maior aproximação dos adolescentes e fortalecimento de vínculos de amizade, contribuindo para a aprendizagem em saúde. Um estudo sobre uma intervenção no *Facebook* apontou que o uso dessas tecnologias pode auxiliar no envolvimento, engajamento, responsabilidade e empoderamento da pessoa inclusive nas mudanças de comportamento saudáveis.⁽²³⁾

Na cibercultura, há uma perspectiva muito otimista, vislumbrando um ciberespaço democrático, sem hierarquias, onde as aprendizagens colaborativas fluem abundantemente.⁽²²⁾ Nesse sentido, as relações de ensino-aprendizagem em saúde mediadas pela mídia social *Facebook*, consolidou-se em uma rede de colaboração entre a Enfermagem e os adolescentes, na medida em que todos foram envolvidos e deram suas contribuições nesse processo, compartilhando seus saberes e práticas, complementando o conhecimento popular e o científico.

É preciso reconhecer que fazer pesquisa em ambientes virtuais onde a comunicação não verbal está reduzida ou ausente, como por exemplo, o tom de voz, a acentuação, a expressão facial, a postura, a linguagem e o movimento, ainda se constitui um desafio para os pesquisadores etnográficos.⁽⁶⁾ Para isso, considera-se que o observador deve ser instigado à aguçar seus sentidos e percepções para ampliação das informações.

Fortalecer a construção de conhecimento através desses suportes *online*, é crucial para a orientação e o saber de muitas pessoas e a enfermagem tem todo o potencial para o alcance desse objetivo, já que o ambiente virtual está sendo cada vez mais utilizados na busca de informações sobre saúde.⁽²⁴⁾

Estudo desenvolvido em Portugal verificou que as TDIC podem disponibilizar informação qualificada e direcionada a quem as utiliza, no sentido de complementar as informações transmitida pelos profissionais de saúde, reafirmando esta parceria para qualificação dos cuidados de enfermagem.⁽²⁵⁾

Por fim, reforça-se que no ensino de Enfermagem é necessário resgatar o humanismo, a cultura, formando profissionais capazes de atender a demanda social, incluindo o progresso científico e técnico na estrutura social e cultural.⁽²⁶⁾

Na atualidade, nos cursos de graduação em Enfermagem vem ocorrendo a introdução de práticas inovadoras de ensino-aprendizagem, como também a inclusão das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), ampliando as abordagens pedagógicas de forma crítica e criativa, incluindo a ética.⁽²⁷⁾ Acredita-se que o uso das TDIC e da netnografia nas pesquisas de enfermagem no ambiente virtual vem ao encontro dessa realidade, contribuindo com o conhecimento científico.

Como se trata de uma pesquisa qualitativa que analisou apenas uma rede social, os achados não podem ser generalizados, e o estudo tem suas limitações, pois são específicos daquele contexto, sujeitos envolvidos e grupo social estudado.

O uso da Internet para a interação *online*, tem desafiado os pesquisadores a lançarem mão de técnicas e métodos de pesquisa tradicionais adaptados ao ambiente eletrônico. A netnografia é uma técnicas que tem grande potencial, todavia, percebe-se que ainda é pouco referida na área da saúde e na Enfermagem.

O estudo procurou contornar esse desafio do conhecimento, apresentando a abordagem da netnografia para

pesquisa *online* com junto a adolescentes escolares no *Facebook*, ampliando assim, essas possibilidades e superando os desafios atuais.

CONCLUSÃO

Enfatiza-se que as metodologias utilizadas para aprendizagem e pesquisa em saúde devem ser constantemente atualizadas, considerando as TDIC como ferramentas com grande potencial de ser facilitadora desses processos. A netnografia busca compreender o mundo social e cultural da vida das pessoas *online* como elemento indivisível da vida social real. O estudo permitiu reconhecer a indissociabilidade entre o espaço físico e o digital nos processos de ensino-aprendizagem e pesquisa, sendo imprescindível para a compreensão de como se efetiva a aprendizagem em saúde entre adolescentes de escolas pública e particular e a enfermeira da ESF. Também possibilitou reconhecer a cibercultura no contexto desses jovens e como esta intervém no processo de aprendizagem *online*. Nessa perspectiva, espera-se que o estudo instigue outros pesquisadores a também abordarem a netnografia em seus estudos, especialmente em redes sociais, considerando que a realidade virtual (*online*) tem se aproximado cada vez mais da realidade real (*offline*).

Contribuições

Aragão JM: contribuiu em todas as etapas do estudo. Gubert FA e Vieira NFC contribuíram na concepção e/ou desenho do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Mesquita RF, Matos FR, Machado DO, Sena AN, Baptista MM. Do espaço ao ciberespaço: sobre etnografia e netnografia. *Perspect Ciênc Inf.* 2018;23(2):134-53.
2. Santos E. Cibercultura: O que muda na educação. Salto para o futuro [Internet]. Rio de Janeiro: TV Escola. [citado 2020 jun 24]. Disponível em: <https://edumidiascomunidadesurda.files.wordpress.com/2016/05/salto-para-o-futuro-cibercultura-o-que-muda-na-educac3a7c3a3o.pdf>
3. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. O que a pandemia da COVID-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20200106.
4. Bezerra AC, Silva CE, Soares FR, Silva JA. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(Supl.1):2411-21.
5. Deslandes SF, Coutinho T. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da COVID-19 e os riscos para violências autoinflingidas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(Supl. 1):2479-86.
6. Leite KN, Santos SR, Andrade SS, Zaccara AA, Costa TF. Internet e sua influência no processo ensino aprendizagem de estudantes de enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2013;21(4):464-70.
7. Correia RR, Alperstedt GD, Feuerschutte SG. O Uso do método netnográfico na pós-graduação em Administração no Brasil. *Rev Ciênc Adm.* 2017;19(47):163-75.
8. Kozinets RV. Netnografia: realizando pesquisa etnográfica online. Porto Alegre: Penso; 2014.
9. Hine C. Por uma etnografia para a internet: transformações e novos desafios. *Matrizes.* 2015;9(2):167-73.
10. Ferreira NS, Arruda Filho EJ. Usabilidade e preferência de uso na rede social facebook: uma análise netnográfica dos usuários tecnológicos. *Gest Technol.* 2015;12(2): 415-34.
11. Donna CU, Silva AR. Os usos do Facebook nas manifestações dos simbolismos organizacionais. *Rev Eletrôn Adm.* 2014;20(3):681-712.

12. Henriques FM, Pereira SJ. Autenticidade e consumo de rock clássico: uma netnografia no Facebook. *Rev Eletrôn Adm.* 2018;24(1):1-29.
13. Lima MA, Gilbert AC, Horovitz DD. Redes de tratamento e as associações de pacientes com doenças raras. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(10):3247-56.
14. Silva VL. Sexualidades dissidentes: um olhar sobre narrativas identitárias e estilo de vida no ciberespaço. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(10):3309-18.
15. Begnini S, Santos SS, Sehnem S, Carvalho CE, Machado HP. Capitalismo consciente: uma análise netnográfica em grupos da rede social LinkedIn. *Cad EBAPE BR.* 2019;17(2):277-93.
16. Sousa DP, Paula EF, Pelinson F, Antunes AC, Oliveira Junior CR. As representações sociais sobre a extinção do ministério do esporte para os usuários do Twitter: um estudo netnográfico. *Motrivência.* 2019;31(60):1-21.
17. Frizzo HC, Bousso RS, Ichikawa CR, Sá NN. Mães enlutadas: criação de blogs temáticos sobre a perda de um filho. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(2):116-21.
18. Aragão JM, Gubert FA, Torres RA, Silva AS, Vieira NF. The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):265-71.
19. Lima VF, Mazza VA. Necessidades de informações das famílias sobre saúde/doença dos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20170474.
20. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): CNS; 2012.
21. Honorato EJ. A interface entre Saúde Pública e Cibercultura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;9(2):481-5.
22. Levy P. Cibercultura. Tradução: Carlos Irineu da Costa. São Paulo: Editora 34; 1999. 246p.
23. Ribeiro RM, Bragiola JV, Eid LP, Ribeiro RC, Sequeira CA, Pompeo DA. Impact of an intervention through Facebook to strengthen Self-esteem in nursing students. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3237.
24. Faleiros F, Käßpler C, Pontes FA, Silva SS, Goes FS, Cucik CD. Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(4):e3880014.
25. Fontão AM, Lumini MJ, Martins T. Alimentar pessoa: Conceção e desenvolvimento de uma ferramenta digital sobre cuidar de pessoas dependentes. *Referência.* 2020;5(1):e19054.
26. Teixeira E, Vale EG. Desafios para reinventar o ensino e perspectivas para o curso de graduação em enfermagem. *Enferm Foco.* 2010;1(2):55-8.
27. Ximenes Neto FR. Educação em enfermagem no Brasil: avanços e riscos. *Enferm Foco.* 2019; 10(6):4-5.

OS SENTIDOS DE ADOECIDOS ACOMETIDOS POR CÂNCER DE LARINGE SUBMETIDOS A LARINGECTOMIA TOTAL

THE MEANING OF SICK PEOPLE AFFECTED BY LARYNG CANCER SUBMITTED TO TOTAL LARYNGECTOMY

EL SIGNIFICADO DE LAS PERSONAS ENFERMAS AFECTADAS POR EL CÁNCER DE LARYNG SOMETIDAS A LA LARINGECTOMÍA TOTAL

Érika de Cássia Lima Xavier¹

Marcia Maria Fontão Zago²

Antonio Jorge Silva Correa Júnior³

Thais Cristina Flexa Souza³

Mary Elizabeth de Santana³

(<http://orcid.org/0000-0003-0916-766X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6539-2584>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1665-1521>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7296-0380>)

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

Descritores

Laringectomia; Antropologia médica; Enfermagem oncológica; Neoplasias laringeas; Imagem corporal

Descriptors

Laryngectomy; Anthropology, Medical; Oncology nursing; Laryngeal neoplasms; Body image

Descriptores

Laringectomia; Antropologia médica; Enfermagem oncológica; Neoplasias laringeas; Imagem corporal

Recebido

4 de Julho de 2020

Aceito

17 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

extraída da Dissertação "Os sentidos atribuídos à experiência com a imagem corporal por laringectomizados totais", defendida em 2015 na Universidade Estadual do Pará.

Autor correspondente

Érika de Cássia Lima Xavier

E-mail: enferikaxavier@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Desvelar os sentidos do adoecimento por câncer de laringe de adoecidos laringectomizados totais.

Métodos: Estudo de caso apoiado na Interpretação das Culturas de Clifford Geertz, realizado a partir do ambulatório de Alta Complexidade em Oncologia localizado na cidade de Belém, Pará, Brasil, com um grupo de 11 homens. Foram realizadas visitas posteriormente ao domicílio dos participantes. A coleta de dados constou de entrevistas semiestruturadas, com posterior análise indutiva de conteúdo.

Resultados: Foram divididos em duas macrocategorias: "Experiências com a doença" e "Mudanças na vida social, experiências com a imagem corporal e enunciação". A primeira foi relacionada aos sinais, sintomas e busca de tratamento para a doença, a fé religiosa, à família como suporte e a segunda às mudanças na vida social, na enunciação e imagem corporal.

Conclusão: Desvelaram-se formas de avaliação para a rouquidão, a busca pelos remédios caseiros, o apoio na religião e na família e um sentimento de incompletude. Além disso, as condutas para reabilitação vocal e social envolvem o estímulo, adaptação e o combate à ansiedade e insegurança quanto à voz esofágica.

ABSTRACT

Objective: To reveal the meanings of illness due to laryngeal cancer of patients suffering from total laryngectomy.

Methods: Case study supported by Clifford Geertz's Interpretation of Cultures, carried out from the High Complexity outpatient clinic in Oncology located in the city of Belém, Pará, Brazil, with a group of 11 men. Later visits were made to the participants' homes. Data collection consisted of semi-structured interviews, with subsequent inductive content analysis.

Results: They were divided into two macro categories: "Experiences with the disease" and "Changes in social life, experiences with body image and enunciation". The first was related to signs, symptoms and seeking treatment for the disease, religious faith, the family as a support and the second to changes in social life, enunciation and body image.

Conclusion: Forms of evaluation for hoarseness, the search for home remedies, support in religion and family and a feeling of incompleteness were revealed. In addition, conduct for vocal and social rehabilitation involves stimulating, adapting and combating anxiety and insecurity regarding the esophageal voice.

RESUMEN

Objetivo: Revelar el significado de la enfermedad debida al cáncer de laringe de pacientes con laringectomia total.

Métodos: Estudio de caso apoyado por la Interpretación de las Culturas por Clifford Geertz, realizado desde la clínica ambulatoria de Oncología de Alta Complejidad ubicada en la ciudad de Belém, Pará, Brasil, con un grupo de 11 hombres. Posteriormente se hicieron visitas a las casas de los participantes. La recopilación de datos consistió en entrevistas semiestruturadas, con posterior análisis de contenido inductivo.

Resultados: Se dividieron en dos macro categorías: "Experiencias con la enfermedad" y "Cambios en la vida social, experiencias con la imagen corporal y la enunciación". El primero estaba relacionado con los signos, síntomas y la búsqueda de tratamiento para la enfermedad, la fe religiosa, la familia como apoyo y el segundo con los cambios en la vida social, el enunciado y la imagen corporal.

Conclusión: Se revelaron formas de evaluación de la ronquera, la búsqueda de remedios caseros, el apoyo en la religión y la familia y un sentimiento de incompletitud. Además, las conductas para la rehabilitación vocal y social implican estimular, adaptar y combatir la ansiedad y la inseguridad con respecto a la voz esofágica.

¹Universidade Estadual do Pará, Belém, PA, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Como citar:

Xavier ES, Zago MM, Correa Júnior AJ, Souza TC, Santana ME. Os sentidos de adoecidos acometidos por câncer de laringe submetidos a laringectomia total. *Enferm Foco*. 2021;12(2):326-32.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4133

INTRODUÇÃO

A laringe é uma estrutura musculocartilaginosa localizada na região anterior do pescoço, aproximadamente ao nível da terceira vértebra cervical (C3 à C6).⁽¹⁾ Os tumores cancerígenos nessa área provocam sintomas como: alterações de voz, com rouquidão ou voz fraca persistindo por semanas, dor, disfagia, tosse, ruídos na inspiração e expiração, respiração fétida e, em alguns casos, perda de peso.⁽²⁾

Nos Estados Unidos em 2018 foram estimados, 1.735.350 novos casos de câncer, sendo 856.370 para o sexo masculino e 878.980 para o sexo feminino. Desses casos o câncer de laringe foi assinalado com 13.150 casos, com 10.490 em homens e 2.660 em mulheres e dentre esses adoecidos, a mortalidade foi de 2.970 homens e 740 mulheres naquele ano.⁽³⁾ No Brasil no triênio 2020-2022, as estimativas apontam 6.470 em homens e de 1.180 em mulheres e na região Norte foram detectados 240 casos em homens e 90 em mulheres.⁽⁴⁾

Os tratamentos são cirúrgicos, sobretudo a laringectomia parcial ou total, a quimioterapia e a radioterapia ou a associação. Há também a realização da traqueostomia provisória ou permanente, ocasionando a afonia temporária ou definitiva conforme o estadiamento.⁽⁵⁾ A apresentação clínica é variável no estágio inicial do câncer de glote, quando se manifesta pela rouquidão e outro exemplo está nos tumores da supraglote que apresentam posteriormente sintomas de dor e/ou dificuldade de deglutição. Mas nem sempre é comum a procura imediata de adoecidos, recorrendo somente ao detectar massas palpáveis ou com a via aérea comprometida.⁽⁶⁾

Deve ser considerada uma rigorosa avaliação durante as consultas, destacando-se ainda os modos de alimentação, tipos de alimentos, deglutição e dentição, já que o risco de cárie dentária aumenta devido a radioterapia que danifica as glândulas salivares reduzindo a produção de saliva, a autoestima, a imagem corporal e a sexualidade.⁽²⁾ Há a premência em compreender a forma como os adoecidos oncológicos percebem sua própria condição, e no modo como as outras pessoas se comportam diante deles como é debatido nos estudos dos sentidos "sentimentos" conforme o antropólogo Clifford Geertz chama-os.⁽⁷⁾ Considera-se que os vários tipos de câncer atraem diferentes formas de sentir, dependendo da parte do corpo afetada, da duração, da condição e de quando é iniciado o tratamento moldando formas de conduzir a vida.⁽⁸⁾

Lidar com diferentes ideias a respeito do câncer de laringe perante o prisma cultural é admitir uma "antropologia da enunciação", pois as situações vivenciadas e compartilhadas são fatores concludentes para admitir-se atribuição de

sentidos, pois a fala é o invólucro destes, porém, enquanto a comunicação com a voz esofágica não ocorre a comunicação por escrita ou mímica deve ser incentivada pelo profissional.^(9,10) Sobre a problematização de que o adoecimento e a perda da voz imprimem novos sentidos ao contexto vivencial, torna-se relevante investigações sob a ótica cultural, por exemplo na enfermagem a fundamentação transcultural é relevante e conhecida, delineando cuidados transculturais na perspectiva da promoção da saúde e aos adoecidos na perspectiva da reabilitação e recuperação ensejando facilitar a adaptação a alguma condição física, estética ou emocional.⁽¹¹⁾

Destarte, como questão eleger-se: Quais os sentidos do adoecimento por câncer de laringe em adoecidos laringectomizados totais? Objetiva-se desvelar os sentidos do adoecimento por câncer de laringe de adoecidos laringectomizados totais.

MÉTODOS

Estudo de caso⁽¹²⁾ com abordagem qualitativa e suporte teórico da Interpretação das Culturas de Clifford Geertz.^(7,13)

O local de captação de participantes foi o ambulatório do Serviço de Cabeça e Pescoço do Centro de Alta Complexidade em Oncologia da região Norte. Os dados foram coletados nesta instituição e no domicílio dos participantes, com agendamento de dois até três encontros.

Participaram onze laringectomizados totais, em acompanhamento ambulatorial no período de março a agosto de 2015, conforme os critérios de inclusão: tempo mínimo de seis meses de pós-operatório, maiores de 18 anos, residentes na cidade de Belém em acompanhamento local, sem recidiva, realizando outras modalidades terapêuticas e que utilizavam alguma forma de comunicação como a escrita, mímica labial e voz esofágica. O critério de exclusão foi adoecido sem disponibilidade para mais de um contato.

Realizou-se segundo pressupostos de audição e interação com prévia negociação, a fim de não constrangerem os participantes; realizaram-se assim as entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram guiadas por perguntas abertas em dois momentos: no primeiro, registraram-se as características socioeconômicas; o segundo consistiu nas perguntas facilitadoras: Contaram para você como seria depois da cirurgia? Como está sua vida agora? O que você pensa a respeito da laringectomia e da cicatriz no pescoço? O que você acha que as pessoas pensam sobre isso? O que você faz para disfarçar as mudanças no seu rosto? O que ajuda você a lidar com as mudanças no corpo? As entrevistas foram gravadas e convertidas em arquivos MP3, com duração de 60 a 90 minutos. Foram aprofundadas

no decorrer da investigação, perfazendo um total de 25 entrevistas.

A coleta de dados foi realizada com intenção da descoberta do conhecimento tácito – por isto as entrevistas foram audiogravadas ou escritas por aqueles que não possuíam cordas vocais, sendo transcritas na íntegra em arquivos *Microsoft Word*, formando textos submetidos à análise temática indutiva de seis etapas¹⁴ com leitura global do material, leitura detalhada de cada texto para verificação de semelhanças, diferenças e detalhes das narrativas, classificando-os em códigos e delimitação dos sentidos comuns e divergências expressas.

Houve aprovação pelo do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual do Pará sob CAAE nº 38126314.3.0000.5174, data de relatoria 01 de fevereiro de 2015. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido juntamente com o participante, consentido por ele ainda no ambulatório. Atribuiu-se um nome fictício a cada paciente identificando os textos transcritos.

RESULTADOS

O grupo foi de onze adoecidos do sexo masculino compreendendo a faixa etária de 55 a 79 anos. Predominou o estrato ensino fundamental incompleto entre 9 participantes, um com ensino médio completo e um não alfabetizado. Em relação à religião 6 eram evangélicos, um espírita kadercista e 4 católicos. Entre as profissões: motorista, pescador, feirante, agricultor, porteiro, dentre outras e quanto ao estado civil 9 eram casados, um solteiro e um viúvo. O tabagismo e etilismo foram relatados pela totalidade.

Macrocategoria: experiências da doença

Sinais e sintomas da doença inicialmente e o tratamento

A rouquidão foi o sintoma comum que, a princípio, relacionaram a um estado gripal aguardando a regressão espontânea. Somente Gaúcho relatou a rouquidão como sintoma inicial, os demais possuíam a rouquidão associada a outros sintomas.

[...] quando fiquei rouco imaginei que fosse uma gripe, então não me preocupei, porém com o tempo não passou, e vim para Belém para me consultar, paguei uma consulta particular, o médico pediu a laringoscopia e atestou. (Gaúcho)

[...] iniciou com uma gripe e eu escarrava sangue, aí falei para o meu tio que também teve câncer (ele morreu rápido foi câncer de intestino), ele me disse que não era normal. (Caboquinho)

Há dois anos atrás apareceu uma rouquidão que eu pensava que era normal de uma gripe, eu trabalhava de noite no Ver-O-Peso e um dia cheguei rouco aqui, até que foi agravando, um dia a voz falhou, meu filho disse: 'Pai, vamos fazer um exame de escarro'; mais eu não gostei, sempre procurei me curar com remédio caseiro. (Bóca)

O adoecido passa por sofrimentos psicológicos voltados ao risco de morte.

Eu chorei muito quando soube que era câncer, até hoje choro, tenho medo de morrer. (Maçarico)

Ficava muito triste olhando para o nada, precisei do apoio de um psicólogo para poder me adaptar, às vezes eu pensava que ia sobreviver dois, três anos, vi meu sobrinho morrer de câncer e foi muito rápido. Agora me acostumei, minha vida não é como era antes e tenho limitações, mas dá para viver. Vou vivendo até quando Deus quiser. Algumas pessoas acham que tenho algo contagioso, já se levantaram de perto de mim no ônibus. (Tio)

Um depoente expressou que a prática de fumar era moda na época, e os efeitos negativos não eram divulgados:

A ficha caiu e me deu um acesso de choro. Existem três culpados: eu, a (cita a marca de cigarros) e o Governo que me incentivaram a fumar, existiam muitas campanhas a favor do cigarro. (Paulão)

Conhecimento popular e o tratamento da doença

Alguns utilizaram chás de ervas medicinais para a cura por influência de familiares, vizinhos e amigos. Como não houve melhora recorreram tardiamente ao setor profissional.

[...] fiz muitos remédios caseiros, chá de jucá, babosa, unha de gato, mas não adiantou, porque precisei operar. (Bóca)

Fiz chá de jucá para a rouquidão, mas não adiantou. (Ceará)

Na fala de Ceará há indignação, pois, o médico afirmou que ficaria curado com a radioterapia. Porém, o tumor aumentou e o procedimento foi radical:

[...] o médico disse que com a radioterapia não precisaria operar, só que aumentou (lágrimas), nunca pensei em ficar sem falar. Não podia comer, emagreci, só

pensava que ia morrer. Me sinto enganado, pois o médico me garantiu que eu ficaria bom com a radioterapia, quando piorei o médico me disse que tinha que operar e, já que eu queria tanto, ficaria sem falar para o resto da vida, se tivesse sido antes, daria para salvar uma corda vocal. (Ceará)

A fé religiosa e a família como suportes

Paulão ainda esperava um milagre maior e Luna utilizava o seu exemplo para inspirar os membros da igreja.

[...] tenho fé em Deus que tem um milagre para mim, ele fez o cego enxergar, o aleijado andar e o morto ressuscitar, por que eu não posso voltar a falar? (Paulão – Assembleia de Deus)

Sirvo de exemplo vivo, eu precisava mostrar para as pessoas o milagre que aconteceu comigo, muitas pessoas pararam de fumar com o meu exemplo. (Luna – Universal do Reino de Deus)

Existem adoecidos que procuram na família o suporte:

Sou católico, mas não recorri a nenhuma religião. Na minha família tem católicos e evangélicos, no entanto é cada um na sua, o que me ajudou a enfrentar tudo isso foi o apoio dos meus familiares. (Tio – Católico)

Minha família é importante porque antes eu vivia só para o trabalho, agora preciso estar perto deles para sentir força para enfrentar isso. (Ceará)

Bóca, todos os dias, antes ou depois da radioterapia, acercava-se da capela do hospital:

Me peguei com Deus e Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, ia na capela do hospital todos os dias rezar, quando estava internado, e hoje, quando vou lá fazer a Radioterapia, sempre passo na capela e rezo para ela, peço que me ajude a enfrentar tudo isso. A minha devoção veio da minha mãe, que também era muito devota de Nossa Senhora, se ela estivesse viva já tinha feito um remédio caseiro, para eu melhorar. Só Deus pode me curar. (Bóca – Católico)

Macrocategoria: Mudanças na vida social, experiências com a imagem corporal e enunciação

A laringectomia total afeta diretamente o nadar, contar histórias e gargalhar. O fato de estarem em lugares públicos causa preocupações, existindo efeitos deletérios no olfato, paladar e conseqüentemente no prazer em comer.

Quando estou no ônibus me dá vontade de tossir, desço do ônibus e vou para um lugar reservado para limpar a cânula, eu faço a limpeza. Já precisei descer três vezes, quando começo a tossir faz um barulho muito forte, as pessoas começam a olhar, eu tenho vergonha. (Paulão)

Gostava de trabalhar, tomar um banho de igarapé e contar histórias, agora não posso mais. Meus amigos chegaram a ir no hospital, vieram algumas vezes aqui em casa, mas hoje ninguém me visita mais, quando eu quero vou na empresa que eu trabalhava falar com eles. (Ceará)

Comia de tudo, principalmente peixe, os que eu mais gostava era Piramutaba e Dourada, hoje não como porque são de pele, só como pescada que não gosto. Minha comida passou a ser frango e carne, somente para dar o gosto na sopa, não posso nem mastigar porque entope a cânula, tenho que colocar o dedo na garganta para retirar a carne. (Bóca)

Limitações funcionais dificultam a execução do labor e a comunicação não verbal no contexto social é outro desafio:

Fiz planos de me aposentar e ainda trabalhar 5 anos para me estabilizar, agora com essa doença tudo mudou (lágrimas), não posso nem fazer um bico. (Ceará)

Gostava de trabalhar, às vezes tinha 4 mil reais no bolso, das vendas das barracas, hoje só ganho moeda. (Bóca)

Saio com um papel escrito com o endereço de alguém, as pessoas pensam que estou pedindo esmola e não me dão atenção. (Luna)

Os adoecidos ficam aborrecidos quando os receptores das informações não os compreendem, ganhando apelidos como Matias, conhecido como “Psiu”:

[...] no dia que saí do hospital eu escrevia para me comunicar, porém um dia eu estava na janela e fui mandar um beijo para a vizinha, das outras vezes não saía o som, e neste dia saiu, então não escrevi mais, quem quiser me entender que se vires. Fico com raiva quando dizem que não estão entendendo, me dá vontade de dar um muro. Sou conhecido na rua como o homem que não fala, meus amigos me apelidam de “psiu” porque é assim que chamo atenção. (Matias)

Minha mulher ficava aborrecida, pois ela ainda cuida de minha filha que é especial e tem 50 anos, ela não tinha tempo para fazer nada, até que aprendi a fazer

minha própria comida. Ela não me entendia, isso me deixava aborrecido, não podia nem escrever porque ela não sabe ler. (Caboclo)

A cicatriz nas regiões supra e infraioidea e parotídea são difíceis de mascarar e o cansaço ao tentar falar. A eliminação de secreção pela cânula involuntariamente, a proteção da traqueostomia contra a poeira e a tosse chamam a atenção pelo som alto. Sentem-se mutilados gerando baixa autoestima e isolamento:

Só fui me olhar no espelho há uns três meses, o buraco ficou muito grande, o médico disse que foi porque demorei a tirar a traqueostomia, tinha medo que fechasse o buraco. Tenho vergonha, quando saio na rua e as pessoas ficam olhando... Uso sempre o pano (babador), pois, além de esconder, não deixa que a secreção espirre muito longe. Minha esposa diz que eu sou mudo, eu fico chateado, eu falo. (Iran)

Enquanto Tio estava falando com a laringe eletrônica, algumas crianças estavam próximas e pararam para observá-lo.

Me sinto feio com isso porque tenho que ficar com isso no pescoço, quando tirarem vai ficar só um buraco, vou ter que levantar a camisa para esconder, as pessoas ficam olhando e não sabem da minha história. Elas olham e eu não posso fazer nada, as crianças ficam me perguntando se eu não falo. É muito difícil ouvir as pessoas falando. (Ceará)

No caso de Bóca houve um aumento do tumor fazendo com que a cicatriz, língua e a cânula ficassem mal posicionadas, já Tio ficou tão incomodado com a cânula que a arrancou. Compreende-se a importância da comunicação sendo um elemento-chave no desenvolvimento da autonomia e o padrão cultural¹³ dos outros, de afastarem-se do que lhes é diferente.

A cânula chamava atenção, as pessoas olhavam e se afastavam. As pessoas saíam de perto de mim no ônibus, elas ficavam me olhando... Até que arranquei a cânula. Só gostava quando me davam a vez nas filas (risos). Sentia vergonha, hoje não sinto mais... (Tio)

DISCUSSÃO

Advoga-se que os sentidos estampados derivaram da "experiência-próxima" por meio do esforço de apreender formas de sentir ou pensar destas pessoas sobre o que lhes

aflige, ao contrário da "experiência-distante". Na antropologia da saúde contemporânea o pesquisador reconhece, segundo a experiência-próxima, que sua abordagem não é totalizante, ou seja, chega à descrição de "como", "os meios com os quais" e "através de que" seus informantes sentem determinada questão. Desvelaram-se inúmeros atos culturais, formas simbólicas observáveis,⁽¹³⁾ como a forma de avaliar a rouquidão, busca por remédios caseiros e o modo de dar sentido à doença.

O sentido da imagem corporal está relacionado à cicatriz da cirurgia, presença da cânula de traqueostomia ou o estoma e à impossibilidade de dizer o motivo do adoecimento. A "diferença" do laringectomizado total não passa despercebida na sociedade, desperta curiosidades e sensações de mal-estar. Geertz⁽⁷⁾ fala que tanto a antropologia do "ponto de vista nativo" quanto a mais recente das "formas de vida" não podem esquecer que os sentidos são socialmente construídos: sentimentos, gestos (como a mímica labial), jogos de linguagem (como a escrita para facilitar a linguagem), comunidades discursivas e os sistemas de referência que no caso do presente estudo, sofrem influência massiva do sistema biomédico.

As reações sintomatológicas que os sujeitos laringectomizados apresentaram são consequências do tratamento e do progresso tumoral; portanto, um problema reativo.^(14,15) O pós-operatório é penoso, pois precisam de auxílio para atividades da vida diária, estão afônicos, dispneicos, com dúvidas acerca da cânula, drenos e o volume de exsudato. Considera-se fundamental trabalhar os níveis de ansiedade que perpassam o pré-operatório e pós-operatório e a presença de um cuidador para aprimorar as habilidades para o autocuidado, sobretudo nos cuidados à cânula.⁽¹⁶⁾

Considerando somente os homens dentre os informantes, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) deve ser pensada para além de uma dicotomia homens que cuidam da saúde *versus* homens distantes do autocuidado. Pois os sentidos implicados na PNAISH preveem também explicitação de orientações e criação de espaços para debater saúde masculina,⁽¹⁷⁾ o que por si só implicaria em espaços específicos para laringectomizados totais.

Quanto ao isolamento assevera-se que o reconhecimento de si próprio, como agente capaz de mudar ou adaptar-se, é um contexto a ser exposto ao indivíduo com laringectomia por intermédio de persuasão verbal dos profissionais. Existem outras opções para melhorar a qualidade de diálogo, com o emprego de métodos de comunicação próximos de suas antigas vozes, como vozes esofágica e traqueoesofágica, comparativamente a métodos

mais arcaicos como escrita e gesticulação.⁽¹⁸⁾ Isto abarca a avaliação da alteração e insatisfação da imagem corporal autorrelatada, e o registro de itens de disfunção na comunicação: deixar de falar, dificuldade em falar ao telefone, dificuldade em falar em lugares públicos e problemas para falar em grupos,⁽¹⁹⁾ ensejando traçar intervenções.

Internacionalmente já existem iniciativas de apoio na transição do hospital para o lar, com norteamento da autogestão durante a reabilitação sendo programas de acompanhamento on-line. As informações são concernentes à nutrição, cuidados com traqueostomia, próteses de laringe, reabilitação de fala, olfativa e para melhor mobilidade dos músculos da cabeça, pescoço e ombro, obviamente os entraves destes programas são relativos ao acesso à internet.⁽²⁰⁾ Estudos nacionais levaram em conta a reabilitação para resolução de problemas respiratórios que foram sequelas do procedimento cirúrgico, obtendo bons resultados com um tipo dispositivo de umidificação comercial, o *Heat and Moisture Exchange* que previne a secagem da mucosa respiratória.⁽²¹⁾

Após o procedimento cirúrgico a elevação da confiança e a satisfação são fortalecidas paulatinamente, e o processo comunicativo tende a melhorar e ser encarado como qualidade de vida.⁽²²⁾ Mesmo assim, desvelou-se que a laringectomia total proporciona uma mudança abrupta na vida social de forma que a vida do adoecido não será mais a mesma e o processo de construção de sentidos é lento. A mudança de suas práticas culturais voltadas à alimentação e aos banhos de igarapé em uma região cercada de rios, foram muito sentidas e a religião está inserida na rede social de apoio como fonte de bem-estar, constituindo-se como um sistema que atua para estabelecer disposições e motivações nos homens.

A dificuldade em agregarem-se outros participantes, inclusive mulheres, e a especificidade do grupo estudado que contribuiu para a emersão de resultados restritos a amostra e cenário de coleta.

O estudo descreve os aspectos da ruptura gerada desde os sinais e sintomas, imagem corporal alterada e

isolamento, sugerindo-se que o enfermeiro dialogue com o adoecido acerca da adesão à reabilitação vocal e social, mesmo diante da impossibilidade de se comunicar verbalmente. Os achados podem ser comparados com estudos com participantes semelhantes: homens tabagistas e com baixo grau de escolaridade.

CONCLUSÃO

Ao desvelar os sentidos atribuídos ao adoecimento por câncer de laringe de adoecidos laringectomizados totais seguindo a Interpretação das Culturas, apontam-se o diagnóstico tardio, importância da fé religiosa e família, mudanças sociais que impactaram sobremaneira as atividades diárias, principalmente no que concerne à liberdade de ir e vir impossibilitando-os de trabalhar e para sair cobrem a região da traqueostomia. As práticas alimentares são alteradas e uma situação que chama atenção é o impedimento de banharem-se em rios e igarapés (atos culturais), desta forma os participantes sentem-se prisioneiros em seus lares. Existe a dificuldade na comunicação não verbal, visto que após a cirurgia sentem-se obrigados a comunicarem-se por meio da escrita, uma vez que a voz esofágica ainda não foi desenvolvida de forma adequada. O sentido atribuído à imagem corporal está relacionado ao fato de se sentir diferente, vergonha, o sentir-se mutilado e a designação de sentir-se feio como sentimentos expressados reforçando a depreciação. Em suma, estudos para delimitar quais as habilidades necessárias ao enfermeiro para estimular o autocuidado apoiado do laringectomizado total devem ser realizados.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo: Xavier ECL, Zago MMF, Santana ME; b) coleta, análise e interpretação dos dados: Xavier ECL, Correa Júnior AJS, Souza TCF, Santana ME; c) redação e revisão crítica do manuscrito: Xavier ECL, Zago MMF, Correa Júnior AJS, Souza TCF; d) aprovação da versão final a ser publicada: Xavier ECL e Correa Júnior AJS.

REFERÊNCIAS

1. Fuller DR, Pimentel JT, Peregoy BM. Anatomia e fisiologia aplicadas à fonoaudiologia. Barueri: Manole; 2014. 415 p.
2. Fact sheet on cancer of the larynx [internet]. [citado 2020 Fev 25]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/273074233_Fact_Sheet_on_Cancer_of_the_Larynx?channel=doi&linkId=54f6c9f10cf2ca5efeff3e7d8showFulltext=true
3. American Cancer Society (ACS). Cancer facts and figures 2018 Atlanta: American Cancer Society [Internet]. ACS; 2018 [cited 2020

Jun 24]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>

4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 31 Mar 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

5. Joo HY, Cho JK, Koo BS, Know M, Know SK, Know SY, et al. Guidelines for the surgical management of laryngeal cancer: Korean Society of Thyroid-Head and Neck Surgery. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2019;12(2):107-44.
6. Jones TM, De M, Foran B, Harrington K, Mortimore S. Laryngeal cancer: United Kingdom national multidisciplinary guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016;130(S2):75-82.
7. Geertz, C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
8. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 432p.
9. Flores VN. O falante como etnógrafo da própria língua: uma antropologia da enunciação. *Let Hoje*. 2015;50(5):90-5.
10. Figueiredo IC, Vendramini SH, Lourenção LG, Sasaki NS, Maniglia JV, Padovani JJ, et al. Perfil e reabilitação fonoaudiológica de pacientes com câncer de laringe. *CoDAS*. 2019;31(1):e20180060.
11. Lopes WM, Figueiredo MD. O cuidado transcultural como base para investigar idosas mastectomizadas sobre o conhecimento e o uso de sutiãs e próteses externas. *Enferm Foco*. 2011;2(Sup.):81-4.
12. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7a ed. São Paulo: Atlas; 2019.
13. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2017.
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
15. Blanco-Pinero N, Antequera-Jurado R, Rodríguez-Franco L, Ibáñez-Guerra E, Herrero-Salado TF, Sánchez-Gómez S. Emotional and psychopathological disorders in laryngectomized oncological patients. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2015;66(4):210-7.
16. Flórez-Almonacid CI, Jurado-Ramos A, Rodríguez-Borrego MA. Level of anxiety versus self-care in the preoperative and postoperative periods of total laryngectomy patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2707.
17. Pereira J, Klein C, Meyer DE. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. *Saúde Soc*. 2019;28(2):132-46.
18. Kotake K, Suzukamo Y, Kai I, Iwanaga K, Takahashi A. Social support and substitute voice acquisition on psychological adjustment among patients after laryngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017;274(3):1557-65.
19. Chen SC, Yu PJ, Hong MY, Chen MH, Chu PY, Chen YJ, et al. Communication dysfunction, body image, and symptom severity in postoperative head and neck cancer patients: factors associated with the amount of speaking after treatment. *Support Care Cancer*. 2015;23(8):2375-82.
20. Cnossen IC, Van Uden-Kraan CF, Eerenstein SE, Jansen F, Witte BI, Lacko M, et al. An online self-care education program to support patients after total laryngectomy: feasibility and satisfaction. *Support Care Cancer*. 2016;24(3):1261-68.
21. Araújo AM, Santos EC, Pernambuco L. Autoavaliação de aspectos respiratórios e vocais após uso do umidificador de traqueostomia em laringectomizados totais. *Audiol Commun Res*. 2017;22:e182
22. Correia ME, Vianna KM, Ghirardi AC. Voz e qualidade de vida de laringectomizados totais: um estudo comparativo. *Rev CEFAC*. 2016;18(4):923-31.

OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

THE CHALLENGES OF NURSING IN INTEGRAL HEALTH CARE FOR INDIGENOUS PEOPLES

DESAÍOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Alini Silva Maia¹

Erivan Miranda do Nascimento¹

Tatiane Panágio de Carvalho¹

Cleidimara Gonçalves de Sousa¹

(<https://orcid.org/0000-0002-5626-7228>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0717-3890>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9116-1093>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0717-3890>)

Descritores

Saúde de populações indígenas;
População indígena; Atenção à
saúde

Descriptors

Health of indigenous peoples;
Indigenous population; Health care

Descriptores

Salud de poblaciones indígenas;
Población indígena; Atención a la
salud

Recebido

10 de Julho de 2020

Aceito

24 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

manuscrito extraído da monografia
Os desafios da enfermagem na
atenção integral à saúde dos povos
indígenas do DSEI Rio Tapajós, no
ano de 2019, Centro de Estudos
Superiores de Itaituba.

Autor correspondente

Alini Silva Maia

E-mail: alinimaia23@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem na atenção à saúde dos povos indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós.

Métodos: Estudo descritivo de cunho quanti-qualitativo submetido à técnica de análise de conteúdo.

Resultados: Identificou-se a prevalência de indivíduos do sexo feminino e com a faixa etária de 31 a 35 anos 60%. Constatou-se que 60% dos entrevistados trabalham entre 6 a 10 anos no Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós. Entre as dificuldades da saúde indígena, a localização das aldeias e a barreira linguística são fatores de preocupação para os enfermeiros, assim como a alta rotatividade de profissionais e a falta de capacitações durante a formação acadêmica para atuação em contexto intercultural.

Conclusão: Constatou-se que diante de todos os desafios, a Enfermagem é um componente chave na prestação de cuidados direcionados às populações indígenas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the challenges faced by nursing professionals in health care for indigenous peoples in the Rio Tapajós Special Sanitary District.

Methods: A quantitative and qualitative descriptive study submitted to content analysis technique.

Results: The prevalence of females and individuals aged between 31 and 35 years (60%) was identified. It was found that 60% of respondents work between 6 to 10 years at Rio Tapajós Special Sanitary District. Among the difficulties of indigenous health, the location of the villages and the language barrier are factors of concern for nurses, as well as the high turnover of professionals and the lack of training during academic training to work in an intercultural context.

Conclusion: It was found that in the face of all challenges, Nursing is a key component in the provision of care directed to indigenous populations.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los desafíos que enfrentan los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud de los pueblos indígenas en el Distrito Sanitario Especial de Río Tapajós.

Métodos: Estudio descriptivo cuantitativo y cualitativo presentado a la técnica de análisis de contenido.

Resultados: Se identificó la prevalencia de mujeres e individuos de edades comprendidas entre 31 y 35 años (60%). Se encontró que el 60% de los encuestados trabaja entre 6 y 10 años en Distrito Sanitario Especial de Río Tapajós. Entre las dificultades de la salud indígena, la ubicación de las aldeas y la barrera del idioma son factores de preocupación para las enfermeras, así como la alta rotación de profesionales y la falta de capacitación durante la capacitación académica para trabajar en un contexto intercultural.

Conclusión: Se encontró que ante todos los desafíos, la Enfermería es un componente clave en la provisión de atención dirigida a las poblaciones indígenas.

¹Centro de Estudos Superiores de Itaituba, Itaituba, PA, Brasil.

Como citar:

Maia AS, Nascimento EM, Carvalho TP, Sousa CG. Os desafios da enfermagem na atenção integral à saúde dos povos indígenas. 2021;12(2):333-8.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4166

INTRODUÇÃO

A população indígena nacional é de aproximadamente 817,9 mil indivíduos, presentes em 24 unidades federativas e no Distrito Federal, o que representa 0,4% de toda a população brasileira.⁽¹⁾ São povos caracterizados pela diversidade cultural, crescimento demográfico significativo e pela luta constante por seus direitos.⁽²⁾

Desde a chegada dos colonizadores até os dias atuais, os índios são tidos como obstáculos ao crescimento econômico brasileiro. Considerados vítimas da violência dos portugueses, eles tinham como alternativas fugir, morrer por rebeldia ou submeter-se aos colonizadores.⁽³⁾

A população indígena é conhecida por uma vasta diversidade sociocultural ao passo que possuem características únicas e singulares de organização política, social e econômica. Além disso, são povos que contribuem de maneira significativa ao patrimônio mundial através da arte, música, medicina e tecnologias.⁽⁴⁾

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi criada com o objetivo de integrar as diretrizes do SUS à saúde indígena, porém, o modelo de atenção proposto tem como princípio a atenção diferenciada, no qual a assistência à saúde é realizada tendo em vista o respeito as diferenças socioculturais.⁽⁵⁾

A política indigenista brasileira é permeada por significativos desafios aos trabalhadores da saúde, já que as ações e serviços de saúde ofertados devem se adequar a realidade indígena.⁽⁶⁾ Os desafios são representados por cargas excessivas de trabalho, condições inadequadas de infraestrutura, dificuldade de comunicação e realização de atividades que não são de competência do profissional de enfermagem.⁽⁷⁾

Em 2016, foram registrados 42 casos de desassistência na área da saúde indígena, os quais se destacam os estados do Acre, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Pará. Entre os problemas relatados pelos enfermeiros estão a falta de vacina, estrutura dos edifícios, equipes incompletas, falta de saneamento nas aldeias e de medicamentos.⁽⁸⁾ Diante disso, temos como questão norteadora: quais as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para atender às necessidades de saúde dos povos indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós?

Com o intuito de contribuir com o que foi exposto, o trabalho teve como objetivo analisar os desafios enfrentados pelos enfermeiros na atenção integral à saúde dos povos indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós.

MÉTODOS

Estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa submetido à técnica de análise de conteúdo de Bardin

A sede do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós (DSEI RT) está localizada no município de Itaituba, no sudoeste do estado do Pará às margens da BR 230 (Transamazônica).

O DSEI Rio Tapajós possui uma população de 10. 277 indígenas, com a predominância de indivíduos com a faixa etária de 5 a 9 anos, sendo destes a maioria do sexo masculino. Além disso, abrange quatro municípios do estado do Pará: Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso e Santarém, distribuídos em 142 aldeias, 11 polos-base e 4 Casa de Saúde do Índio (CASAI).

O acesso a maioria das aldeias é realizado por meio das vias fluviais ou aéreas e, em determinados casos, terrestre. Porém, existem aldeias que estão localizadas dentro da zona urbana. Os meios de comunicação mais utilizados são internet, rádio e telefone.

Dentre os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar do DSEI, temos cerca de 47 enfermeiros, 2 médicos, 87 técnicos de enfermagem, 6 odontólogos, 77 agentes indígenas de saúde, 6 nutricionistas e 5 farmacêuticos.⁽⁹⁾

A pesquisa foi realizada com 10 enfermeiros. Foram adotados como critérios de inclusão para participação do estudo: ser enfermeiro atuante do DSEI RT durante o período mínimo de um ano e estar presente na sede durante o período da entrevista. Dentre os critérios de exclusão estão: recusa em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e enfermeiros em situação de licença ou férias.

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevista com aplicação de questionário com 11 (onze) perguntas, sendo 6 (seis) objetivas e 5 (cinco) subjetivas, no período de outubro a novembro de 2019, na sede do DSEI RT. Os depoimentos dos entrevistados estão codificadas pela palavra "Entrevistado", acrescida de algarismo arábico de um a dez, correspondente à ordem em que as entrevistas ocorreram.

Após a obtenção das informações necessárias na coleta de dados, deu-se início ao método de análise do material de campo, que foi realizada mediante a técnica análise de conteúdo. A análise foi elaborada por meio das propostas metodológicas de Bardin (2016), dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁽¹⁰⁾

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos dispostas na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará- Campus XII- Tapajós com nº de Parecer: 3.579.146. CAAE: 18388819.0.0000.5168.

RESULTADOS

Dentre os 10 entrevistados, houve ampla prevalência do gênero feminino com 8 sujeitos. Quanto a faixa etária, foi evidenciado o predomínio de indivíduos com idade entre 31 e 35 anos (60%), seguida de 36 a 40 anos (30%). Em relação ao tempo de trabalho no DSEI Rio Tapajós, 60% dos entrevistados trabalham entre 6 a 10 anos, o que evidencia um certo grau de experiência destes profissionais no Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós.

Com o intuito de alcançar o objetivo proposto e por meio da análise de conteúdo de Bardin, os resultados foram estruturados em quatro grandes categorias: motivos que levaram o enfermeiro trabalhar no DSEI Rio Tapajós; dificuldades encontradas pelos enfermeiros na saúde indígena; capacitações para atuar em saúde indígena; atribuições do enfermeiro e a interculturalidade na assistência de saúde aos povos indígenas.

Motivos que levaram o enfermeiro a trabalhar no DSEI Rio Tapajós

Ao serem questionados sobre o motivo de terem escolhido trabalhar no DSEI Rio Tapajós, 40% dos entrevistados afirmaram ser por vocação. Em contrapartida 30% responderam que se configurava como uma oportunidade de emprego.

“Eu logo de cara me identifiquei com a área da saúde indígena, é um povo alegre, que possui suas peculiaridades e muito afetuoso” (Entrevistado 5)

“Eu era enfermeira no estado do Maranhão e vim para o Pará procurando uma vida melhor, e foi na saúde indígena que encontrei uma grande oportunidade de crescimento profissional” (Entrevistado 1)

Dificuldades encontradas pelos enfermeiros na saúde indígena

Um dos tópicos abordados na entrevista foi as dificuldades encontradas pelos enfermeiros e como elas se tornam evidentes. Dentre as respostas dadas pelos entrevistados, a localização das aldeias foi o fator preponderante. Outro fator de grande relevância para os enfermeiros é a barreira linguística. Além disso, para os entrevistados, essas dificuldades se tornavam evidentes devido à falta de saneamento nas aldeias, no dia-a-dia, durante o atendimento, devido as questões culturais, logísticas e de comunicação.

O Entrevistado 1 contribui ao afirmar que os principais problemas são: “o ego, falta de habilidades no contexto intercultural, logística, rotatividade e

compromisso por parte dos profissionais, além da localização das aldeias”

De acordo com o Entrevistado 4: “a grande rotatividade dos profissionais é um dos principais problemas, pois os indígenas têm que conhecer e confiar para depois expor seus problemas”.

“Tentar dialogar com eles se torna quase impossível em um primeiro momento, uma vez que ainda existem muitos que não falam português, além de existirem diversas etnias e diferentes línguas” (Entrevistado 7).

Capacitações para atuar em saúde indígena

Quando questionados acerca de capacitações para atender as necessidades de saúde ao primeiro contato com os indígenas, 70% dos entrevistados afirmaram que não, no entanto, os demais (30%) declararam que receberam capacitações sobre a medicina tradicional, situação de vulnerabilidade epidemiológica e questão social. No tocante a realização de capacitações durante o período de atuação no DSEI RT, todas as respostas foram unânimes ao afirmarem que sim.

Atribuições do enfermeiro e a interculturalidade na assistência de saúde aos povos indígenas

Nesta categoria são apresentadas e discutidas as atividades realizadas pelo enfermeiro no âmbito da saúde indígena, sendo evidente nos relatos que as atribuições são voltadas para a atenção básica e multidisciplinar, em que são respeitadas as especificidades da comunidade indígena de acordo com os relatos abaixo:

“As atribuições são comuns à do enfermeiro da Atenção Básica, atuando nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como em atividades de gerência” (Entrevistado 8).

Segundo as falas do Entrevistado 9:

“O enfermeiro deve planejar mensalmente as atividades de vacinação para cada entrada em área, monitorar e avaliar o trabalho desenvolvido de forma integrada ao conjunto das demais ações de saúde, além de trabalhar os programas preconizados pelo Ministério da saúde”.

Para o Entrevistado 1, não existem atribuições pré-estabelecidas para o enfermeiro que assiste os indígenas: “o enfermeiro deve estar preparado para enfrentar as mais diferentes situações e assumir diferentes papéis, seja como marceneiro, professor ou administrador”.

O Entrevistado 10 afirma ainda que dentre as atribuições do enfermeiro, configura-se a: “atenção e

promoção à saúde, que muitas vezes fica comprometida devido a barreira linguística”.

Os entrevistados possuem uma visão parecida sobre a importância da interculturalidade, sendo ela uma ferramenta essencial na prestação de serviços nas terras indígenas, como afirma o entrevistado 9:

“Fundamental, pois a interculturalidade nos fornece uma visão ampliada do contexto no qual se desenvolve a atenção da saúde indígena. É uma troca de saberes”.

“A importância se fundamenta no conhecimento mútuo das questões culturais para o entendimento do processo saúde-doença, no contexto da comunidade assistida” (Entrevistado 8).

DISCUSSÃO

A predominância de indivíduos do sexo feminino é uma característica da Enfermagem, por ser tratar de uma profissão culturalmente feminina, uma vez que seu percurso histórico sempre esteve interligado a este gênero.⁽¹¹⁾ De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2011), dos 1.449.583 profissionais inscritos no Brasil, 87,24% são do sexo feminino. Destaque-se que o resultado deste estudo é semelhante aos estudos nacionais que identificaram o domínio da faixa etária de 26 a 40 anos em enfermeiros que trabalham em saúde indígena.^(7,12,13)

O estudo realizado na terra indígena Faxinal, no estado do Paraná, que tinha como objetivo compreender as práticas de cuidado dos profissionais de saúde que assistem os idosos Kaingang, constatou que o tempo de trabalho nas terras indígenas era de aproximadamente 6,8 anos, semelhante ao perfil traçado neste estudo.⁽¹⁴⁾

No entanto, diferente dos resultados deste estudo, a pesquisa realizada no DSEI Manaus, verificou que os enfermeiros que ingressam na saúde indígena possuem experiência na área da enfermagem, no entanto, são inexperientes no campo da saúde indígena.⁽¹³⁾

Ao investigar a vivência do trabalho do enfermeiro dentro das terras indígenas no DSEI Xingu, evidenciou-se que a média de tempo de trabalho destes profissionais é de dois anos e seis meses.⁽⁷⁾ Dados semelhantes foram encontrados no estudo feito nas Terras Indígenas Santa Catarina no estado do Paraná, ao analisar as percepções dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o cuidado que estes prestam às crianças indígenas.⁽¹⁵⁾

Conforme evidenciado pelos relatos dos enfermeiros na primeira categoria, o desejo de trabalhar em saúde indígena vai além do viés salarial, é uma questão de vocação, que pressupõe a inclinação natural, competência e aptidão do indivíduo a determinada profissão. Diante disso, o

enfermeiro encara a saúde indígena como uma oportunidade de realização pessoal, desejo de trabalhar com o que lhe atrai e valorização da cultura do outro.⁽¹⁶⁾ No entanto, existem casos em que o enfermeiro num primeiro momento não se identifica com esse grupo social, mas as oportunidades de emprego nessa área são encaradas como novos desafios e possibilidade de crescimento profissional.⁽¹⁷⁾

Na segunda categoria em que são explanados a respeito das dificuldades em saúde indígena, os depoimentos se referiam principalmente a localização das aldeias, uma vez que são feitos longos percursos por via fluvial, além das caminhadas pela mata para adentrar nas aldeias de difícil acesso e a barreira linguística, que pode ser explicado por conta das diferentes etnias presentes no DSEI RT e das línguas faladas por estes.

Dentre os objetivos para efetivar o direito das populações indígenas à atenção diferenciada, a Portaria 2.663 de 11 de outubro de 2017, define que os profissionais de saúde devem estar aptos para dialogar com os saberes, práticas e formas de fala dessa minoria.⁽¹⁸⁾

A comunicação em saúde entre o profissional e o cliente mostraram-se benéficas para a melhoria da qualidade da atenção, na adesão de tratamentos, na recuperação dos pacientes, bem como no cumprimento dos direitos das minorias étnicas.⁽¹⁹⁾ Assim, a dificuldade de comunicação no contexto intercultural pode prejudicar de maneira expressiva as ações e serviços de saúde prestados pelos enfermeiros.

Ao avaliar, na literatura científica a assistência de enfermagem, voltada às populações indígenas, foi identificado que, para minimizar os problemas advindos da barreira linguística, os enfermeiros realizavam a maioria das consultas com a presença do AIS, uma vez que a maioria destes não eram indígenas.⁽²⁰⁾

Em relação a terceira categoria, resultados diferentes foram evidenciados em um estudo que visava analisar a capacitação dos enfermeiros que atuam em área indígena no DSEI Manaus, uma vez que as capacitações com enfoque em saúde indígena eram feitas menos de duas vezes por ano, além disso, não contemplavam a diversidade cultural destes indivíduos.⁽¹²⁾

É importante frisar que os indígenas apresentam condutas e pensamentos particulares quanto à experiência da doença, além de noções singulares sobre saúde e terapêutica, o que advém das diferenças socioculturais.⁽²¹⁾ Assim, a ação de diferenciar com a finalidade de considerar as necessidades específicas se mostra fundamental para essas populações.⁽²²⁾

Conforme evidenciado na categoria quatro, o estabelecimento de vínculos entre a equipe é fundamental para um atendimento integral, porém este se torna deficiente

devido à alta rotatividade, uma vez que os profissionais que são inseridos recentemente no serviço, muitas vezes, não estão aptos para articulações internas.⁽¹⁴⁾

De modo geral, as atividades assistencialistas realizadas pelos enfermeiros na saúde indígena, não divergem daquelas realizadas na atenção primária. O enfermeiro realiza ações de gerenciamento da enfermagem, educação em saúde e ações de promoção à saúde e prevenção de agravos preconizadas pelo Ministério da Saúde.^(7,23)

Os indivíduos que possuem culturas diferentes podem impor outros significados a uma mesma realidade, além de manifestar diferentes representações, o que na prática poderá ocasionar divergências, estereótipos e dificuldades de comunicação. Assim, o desenvolvimento de competências para atuar em contexto intercultural são essenciais para o profissional de saúde.⁽¹⁹⁾

O estudo realizado apresentou limitações importantes em relação ao tamanho da amostra, uma vez que por se tratar de um número reduzido, possibilitou considerar os resultados apenas da população em questão.

Este estudo proporciona possíveis melhorias no preparo e qualificação de enfermeiros, com a finalidade de propiciar qualidade de assistência à saúde dos povos indígenas. Além disso, faz-se necessário que outros estudos sejam realizados para melhor percepção da saúde indígena no contexto da assistência de enfermagem.

CONCLUSÃO

A saúde indígena é permeada de desafios e, demanda do enfermeiro, uma série de competências que vão além do viés salarial, a fim de promover a atenção diferenciada, tendo em vista a valorização dos aspectos culturais dos indivíduos, bem como suas especificidades e peculiaridades. O presente estudo apontou a prevalência de indivíduos do

sexo feminino e com a faixa etária de 31 a 35 anos (60%). Em relação ao tempo de trabalho, evidenciou-se que 60% dos entrevistados trabalham entre 6 a 10 anos no DSEI Rio Tapajós. Dentre as dificuldades da saúde indígena, a localização das aldeias e a barreira linguística são fatores de preocupação para os enfermeiros, assim como a alta rotatividade dos profissionais e saneamento inadequado. Além disso, foi evidenciado a falta de capacitações durante a formação acadêmica para atuação em contexto intercultural. No entanto, durante a permanência desses profissionais na área indígena essa deficiência é suprida por meio de capacitações periódicas. A interculturalidade mostrou-se elemento essencial na assistência aos povos indígenas, à medida que possibilita a interrelação pacífica entre os profissionais de saúde e usuários, além da troca de saberes tendo como base o respeito a diferença. Constatou-se que diante de todos os desafios, a Enfermagem é uma profissão importante na prestação de cuidados direcionados às populações indígenas. Assim, espera-se que os resultados deste estudo fomentem estratégias que possibilitem o preparo e qualificação desses profissionais, assim como a elaboração de um perfil de atuação dos enfermeiros com a finalidade de propiciar qualidade de assistência à saúde dos povos indígenas e faz-se necessário que outros estudos sejam realizados para melhor percepção da saúde indígena no contexto da assistência de enfermagem.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Alini Silva Maia; coleta, análise e interpretação dos dados: Alini Silva Maia; redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Erivan Miranda do Nascimento; aprovação da versão final a ser publicada: Alini Silva Maia; Erivan Miranda do Nascimento; Cleidimara Gonçalves de Sousa e Tatiane Panágio de Carvalho.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas: resultados do universo. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010. [citado 2018 Maio 6]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf
2. Brasil. Ministério da Educação. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2012. [citado 2018 Maio 6]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf
3. Almeida MR. A atuação dos indígenas na História do Brasil: revisões historiográficas. Rev Bras Hist. 2017;37(75):17-38.
4. Brasil. Ministério da Educação. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2006. [citado 2018 Maio 6]. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/indio_brasileiro.pdf
5. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas Brasília (DF): FUNASA; 2002. [citado 2018 Maio 6]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_sau_indigena.pdf
6. Palheta RP. Política indigenista de saúde no Brasil. São Paulo: Cortez; 2015.

7. Martins JC. O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2017.
8. Conselho Indigenista Missionário (CIMI). Violência contra os povos indígenas no Brasil dados de 2016. Brasília (DF): CIMI; 2017. [citado 2018 Maio 6]. Disponível em: https://cimi.org.br/pub/relatorio/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2016-Cimi.pdf
9. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Dsei Rio Tapajós. São Paulo (SP): SPDM; 2011. [citado 2018 Maio 6]. Disponível em https://www.spdm.org.br/images/stories/pdf/saude_indigena/divulgacao_contratacoes_tapajos.pdf
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
11. Coelho EA. Gênero, saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005;58(3):345-8.
12. Oliveira ML. Análise da capacitação dos enfermeiros que atuam na atenção à saúde das populações indígenas [dissertação]. Manaus: Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas; 2013.
13. Rocha ES, Gonçalves MJ, Cruz MJ, Baroni RA. Perfil de enfermeiros (as) que atuam na saúde indígena e não indígena. Cienc Cuid Saude. 2018;17(4):e45195.
14. Rissardo LK, Carreira L. Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):73-81.
15. Ferraz L, Boehs AE, Fernandes GC. Percepções das equipes de saúde da família sobre o cuidado profissional às crianças indígenas. Cienc Cuid Saude. 2013;12(1):32-9.
16. Molineiro M. Vocação: uma perspectiva junguiana. A orientação vocacional na clínica junguiana [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
17. Marinelli NP, Nascimento DF, Costa AI, Posso MB, Araújo LP. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. Rev Univap. 2012;18(32):52-65.
18. Brasil. Portaria no 2.663, de 11 de outubro de 2017. Redefine os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas -IAEPI, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS [Internet]. [citado 2018 Set 20]. Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/outubro2017/dia16/portaria2663.pdf>
19. Ramos MN. Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. Ver Eletrônica Comun Inf Inov Saúde. 2012;6(4):1-19.
20. Andrade GA, Terra MF. Assistência de enfermagem à população indígena: um estudo bibliográfico. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2018;63(2):100-4.
21. Langdon JE, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;3(18):173-81.
22. Aragão AE, Fardin FP, Costa FA, Catanio PA, Ponte HM, Araújo LM. Práticas populares em saúde indígena e integração entre o saber científico e popular: revisão integrativa. Sanare. 2016;15(2):112-9.
23. Louzada J. Avaliação do trabalho da enfermagem na área indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro- Amazonas [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2007.

REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO DIRECIONADO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS

REPRESENTATIONS OF NURSES ON PERMANENT EDUCATION FOR CESSATION OF SMOKING TO COMMUNITY AGENTS
 REPRESENTACIONES DE ENFERMERAS EN EDUCACIÓN PERMANENTE PARA CESAR DE FUMAR A AGENTES COMUNITARIOS

Mila Cristian Ferreira¹ (<https://orcid.org/0000-0001-6083-1760>)

Geovana Brandão Santana Almeida¹ (<https://orcid.org/0000-0003-3865-9727>)

Descritores

Educação permanente; Agente comunitário de saúde; Tabagismo; Atenção primária à saúde; Enfermagem

Descriptors

Permanent education; Community health agent; Smoking; Primary health care; Nursing

Descriptorios

Educación permanente; Agente de salud comunitaria; Fumar; Primeros auxilios; Enfermería

Recebido

8 de Julho de 2020

Aceito

18 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

manuscrito extraído de dissertação, sob título Representações Sociais de Enfermeiros sobre a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde em ações do Tabagismo, 2020, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem Universidade Federal de Juiz de Fora.

Autor correspondente

Mila Cristian Ferreira
 E-mail: milacristianferreira@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Compreender as representações sociais dos enfermeiros sobre a educação permanente direcionada aos agentes comunitários de saúde nas ações de combate ao tabagismo.

Metodos: Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, utilizando-se a Teoria das Representações Sociais. O cenário foram 14 Unidades Básicas de Saúde situadas em uma cidade mineira, com a participação de 21 enfermeiros. Realizou-se entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados. Para a análise dos dados, foi utilizado a Análise de Conteúdo segundo Bardin e o auxílio do software OpenLogos® na versão 2.1 para a edição textual dos dados. Artigo elaborado segundo as diretrizes do Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).

Resultados: As representações evidenciam que os enfermeiros compreendem que é importante realizar a educação permanente para os agentes comunitários de saúde, porém não as realizam especificamente para o tema tabagismo.

Conclusão: Ações de educação permanente realizadas pelos enfermeiros se mostraram essenciais para o aprimoramento das ações de combate ao tabagismo desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, visto que, no atual cenário estas atividades se encontram fragilizadas.

ABSTRACT

Objective: To understand the social representations of nurses about permanent education directed to community health agents in actions to combat smoking.

Methods: Qualitative, exploratory, descriptive research, using the Theory of Social Representations. The scenario was 14 Basic Health Units located in a city in Minas Gerais, with the participation of 21 nurses. Semi-structured interviews were conducted for data collection. For data analysis, Content Analysis was used according to Bardin and the aid of OpenLogos® software in version 2.1 for textual data editing. Article prepared according to the guidelines of the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).

Results: The representations show that nurses understand that it is important to carry out permanent education for community health agents, but they do not perform them specifically for the topic of smoking.

Conclusion: Permanent education actions carried out by nurses proved to be essential for the improvement of actions to combat smoking developed by community health agents, since, in the current scenario, these activities are weakened.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las representaciones sociales de las enfermeras sobre la educación permanente dirigida a los agentes de salud de la comunidad en acciones para combatir el tabaquismo.

Metodos: Investigación cualitativa, exploratoria, descriptiva, utilizando la Teoría de las representaciones sociales. El escenario fue de 14 Unidades Básicas de Salud ubicadas en una ciudad de Minas Gerais, con la participación de 21 enfermeras. Se realizaron entrevistas semiestructuradas para la recopilación de datos. Para el análisis de datos, se utilizó el Análisis de contenido según Bardin y la ayuda del software OpenLogos® en la versión 2.1 para la edición de datos textuales. Artículo preparado de acuerdo con las pautas de los Estándares para el Informe de Investigación Cualitativa (SRQR).

Resultados: Las representaciones muestran que las enfermeras entienden que es importante llevar a cabo una educación permanente para los agentes de salud de la comunidad, pero no las realizan específicamente para el tema del tabaquismo.

Conclusión: Las acciones de educación permanente llevadas a cabo por enfermeras demostraron ser esenciales para mejorar las acciones de lucha contra el tabaquismo desarrolladas por agentes de salud comunitarios, ya que, en el escenario actual, estas actividades se debilitan.

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Como citar:

Ferreira MC, Almeida GB. Representações dos enfermeiros sobre a educação permanente para cessação do tabagismo direcionado aos agentes comunitários. *Enferm Foco*. 2021;12(2):339-45.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4153

INTRODUÇÃO

O processo de industrialização proporcionou uma produção em larga escala dos produtos à base de tabaco e, com o passar dos anos, as indústrias utilizaram o artifício das propagandas, sejam elas televisivas ou impressas, para alavancar a comercialização desses produtos, principalmente, dos cigarros.⁽¹⁾

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo, sendo apontado pela Classificação Internacional de Doenças 10 como (CID-10: F17.2).⁽¹⁾

O seu uso contribui para que se desenvolvam diversas doenças, tornando-se de extrema importância que ocorra ações em prol da cessação do hábito de fumar.⁽²⁾ Diante desse cenário, o Ministério da Saúde juntamente com o Instituto Nacional do Câncer em 1989, criam o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que tem por objetivos desenvolver ações diversificadas, buscando a redução da prevalência de fumantes no país.^(1,3,4)

Segundo pesquisadores nacionais, a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como sendo o nível de atenção mais propício para a realização das ações em prol da cessação do hábito de fumar.^(5,6) No decorrer dos anos, esta sofre algumas modificações e surge a Estratégia Saúde da família (ESF) focada na prevenção de doenças e promoção da saúde.

No âmbito da ESF tem-se a implantação do programa de agentes comunitários de saúde (PACS), que objetiva proporcionar a prevenção de doenças por meio de informações e orientações.^(7,8)

As ações realizadas no PACS são de competência dos Agentes comunitários de Saúde (ACS), que são profissionais moradores na comunidade atendida pela UBS e que envolve a realização de diagnóstico, mapeamento e identificação das microáreas de risco com a finalidade de auxiliar o planejamento e execução das ações, que serão realizadas pelos demais profissionais da APS, após o conhecimento e levantamento das necessidades de cada área.^(9,10)

Neste cenário, após as modificações que passaram a APS, surge em 2004 a criação da Educação Permanente em Saúde, visando à melhoria da formação e desenvolvimento dos profissionais, para que estes estejam capacitados para o desenvolvimento de suas funções.⁽¹¹⁾

As ações desenvolvidas pelo ACS estão interligadas com o Enfermeiro da ESF e dentre as funções preconizadas pela Lei do exercício profissional de enfermagem e o plano nacional da atenção básica (PNAB), tem-se a Educação Permanente.⁽⁹⁻¹³⁾

Assim, com a implantação do PACS no âmbito da ESF, observa-se melhorias no processo de trabalho dentro da APS, sendo o ACS considerado o elo com a comunidade,

facilitando a relação usuário-equipe. Porém, no que tange a formação destes profissionais, inicialmente são passadas informações básicas, que ao longo do executar de suas funções vão sendo aprimoradas.⁽¹⁴⁾

Nesse sentido, ao se pensar nos malefícios do tabaco, nas funções que o ACS exerce e ainda na desarticulação de um conhecimento técnico-científico na sua formação, é essencial que se capacite estes profissionais de formas adequadas, sendo a implantação da educação permanente no trabalho um meio para que se minimizem os problemas advindos da defasagem da formação.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Portanto, o estudo tem como objetivo compreender as Representações Sociais dos enfermeiros sobre a educação permanente direcionada aos agentes comunitários de saúde nas ações de combate ao tabagismo.

MÉTODOS

Exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, utilizando-se a Teoria das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico.

14 UBS que contemplam a assistência à saúde com base no modelo da ESF situadas no município de Juiz de Fora/MG.

Total de 21 enfermeiros, sendo um quantitativo considerado adequado para a obtenção das representações dos enfermeiros sobre as ações de educação permanente direcionada aos ACS para o combate ao tabagismo. Os enfermeiros foram convidados individualmente a participarem da pesquisa, sendo esclarecidos quanto aos objetivos da mesma.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiro da UBS ESF cenário da investigação e ter realizado ações de tabagismo junto aos agentes comunitários de saúde. E como critérios de exclusão: enfermeiros que se encontravam em período de férias ou licença.

A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a junho de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas e diário de campo.

O tratamento dos dados ocorreu através da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.⁽¹⁷⁾ Na etapa de exploração do material utilizou-se dos recursos do software *OpenLogos®* na versão 2.1, pela necessidade de se organizar informações geradas a partir dos textos que foram transcritos das entrevistas, por serem muito extensos.⁽¹⁸⁾

A pesquisa iniciou-se somente após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o número 3.132.551. O estudo desenvolveu-se amparado nas Resoluções nº 466/2012 e nº 580/2018.^(19,20) CAAE 05329318.3.0000.5147.

RESULTADOS

Obteve-se, primeiramente, os principais dados característicos dos participantes: A média de idade dos enfermeiros foi de 48 anos e a média do tempo de serviço destes nas unidades foi de seis anos e seis meses. O gênero feminino apresentou-se de modo predominante, sendo 20 enfermeiras (95,24%) e um enfermeiro (4,76%). Dos entrevistados, 90,48% apresentaram ter algum tipo de especialização e 9,52% tinham a titulação mínima exigida de enfermeiro generalista. Dentre as especialidades, 71,42% dos participantes eram Especialistas em Saúde da Família.

A educação permanente na representação dos enfermeiros

Durante o processo de trabalho do enfermeiro na APS, utiliza-se tecnologias para produzir saúde. Nesse cenário, a educação permanente se insere como forma de tecnologia leve-dura por estar correlacionada aos saberes que operam o processo de trabalho em saúde, revelando-se ser um ponto forte para que ocorram mudanças no cotidiano dos profissionais.⁽²¹⁻²³⁾ É evidenciado diante dos discursos, que os enfermeiros entendem como educação permanente o processo que é desenvolvido a partir de um problema detectado ou mediante assuntos novos do momento, sendo realizada constantemente a partir das necessidades pertinentes ao trabalho de cada um:

“Eu acho que é trazer para eles todas as novidades pertinentes ao trabalho deles [...] quando surgem casos novos de doenças, eles têm que ser participativos e participar disso também, porque, de uma forma ou de outra, eles estão envolvidos, eles estão dentro da casa das pessoas, né” (ENF 08).

“É aquilo que tanto você trabalha os assuntos do momento como [...] orientação que a gente vai estar dando nas reuniões de equipe [...]. A gente lança o assunto, faz os comentários, já aproveita e tira dúvidas, já aproveita e pede para eles estarem fazendo as buscas [...]” (ENF 09).

“O próprio nome diz educação permanente não é uma coisa pontual, deveria ser uma coisa constante sobre temas voltados à realidade de cada um, [...]” (ENF 11).

Diante do questionamento sobre a realização da educação permanente voltada para os ACSs, os enfermeiros construíram representações de que essas atividades são realizadas no dia a dia, a partir dos problemas que são encontrados, sendo comum por todos, as quintas-feiras, das

15h às 17h, como dia e horário oficial para a realização de reuniões de equipe e as educações permanentes:

“É na quinta-feira, que a gente tem um tempo para isso das 15h às 17h, a gente fecha a unidade às 15h e acaba fazendo esse serviço e que pode ser melhor até, mas a gente usa esse momento” (ENF 03).

Embora alguns enfermeiros relatem a garantia de um horário protegido para o desenvolvimento das educações, identificou-se nesta pesquisa que há também profissionais que não utilizam esse tempo para essa finalidade, justificando tal ação pela necessidade de atendimento a outras demandas:

“Constantemente, a verdade é que eu não tenho tempo para fazer uma reunião de educação permanente e de educação continuada com os agentes, então à medida que vão aparecendo as necessidades, [...] eu sento com eles e passo para eles, isso também com os auxiliares de enfermagem. [...] então isso aí é assim, é continuo mesmo, é continuo e assim eu não tenho que marcar uma hora para falar exclusivamente sobre isso, [...] então é um trabalho contínuo mesmo, agora, se eu tenho que falar de um tema específico, aí sim eu marco e falo de um tema específico [...]” (ENF 11).

Outros ainda relatam não desenvolver a atividade. Uma das enfermeiras deste estudo considera essa atividade uma das funções do gerente da unidade. Outra participante diz que a não realização se justifica pelo desconhecimento de como realizar, por ter pouco tempo de trabalho e experiência na unidade:

“Eu não desenvolvo, normalmente é o gerente que faz em reunião uma vez por semana e orienta o que vai fazer e o que não vai fazer, é de acordo com a necessidade do posto” (ENF 10).

“Eu não desenvolvo, eu penso que não, justamente porque eu ainda estou aprendendo como lidar com isso [...] eu acho que a gente leva desvantagem nisso por ser de contrato, não importa quanto tempo você tenha de experiência, nessa ou naquela área, o que importa é que você está chegando agora e o trem está andando, [...] se fez ou não fez, vão fazer desse jeito que tá, ninguém te ensina nada, estou aprendendo porque estou buscando, então eu não faço isso, ou faço e não sei que estou fazendo” (ENF 16).

A educação permanente do ACS para as ações de combate ao tabagismo: Representações dos enfermeiros

De acordo com o Ministério da Saúde, as ações de tabagismo preconizadas para serem desenvolvidas pelos ACSs são consideradas breves/mínimas, tendo como base motivar o usuário a parar de fumar. Com relação à atuação destes profissionais, as funções desempenhadas são consideradas peças-chave para o reconhecimento dos usuários tabagistas na população adscrita, além de aconselhar, preparar e acompanhar essas pessoas, servindo como mediadores do processo, com a criação de vínculos entre a equipe e a comunidade.^(5,24)

A seguir, as representações dos enfermeiros sobre a realização da educação permanente dos ACSs para as ações do tabagismo:

“Nunca fiz nada assim específico do tabagismo, de educação permanente com eles não [...] eu acho que é uma falha nossa, porque a gente sabe que o tabagismo é um problema de saúde pública, mas está tão presente no nosso meio que a gente acaba deixando muito por conta de um grupo, grupos de tabagismo, num atendimento individualizado. Mas assim eu sempre tento abordar esse tema nas minhas consultas com os usuários e com os agentes também, quando eu vou falar de algum tema, se o tabagismo ele é importante como prevenção de alguma doença, eu tento colocar aquilo para eles também. [...], mas não fiz nada assim específico de tabagismo ainda, porque tem sete meses que estou aqui e não consegui ainda fazer, mas eu sempre tento colocar [...] entre os meus agentes comunitários, nem tem fumante. Então é uma coisa que a gente acaba assim [...] nem abordando tanto, coloca mais essa visão do outro, do usuário, da importância de estar falando sobre os prejuízos do tabagismo” (ENF 02).

“Olha eu já trabalhei bastante com tabagismo, já envolverei bastante os agentes, mas, no momento, a gente não está trabalhando, já tem uns seis meses que o grupo está suspenso, porque a gente teve alguns problemas, em questão de gerenciamento mesmo do Secoptt, que é responsável pela dispensação de medicamentos, insumos e tudo mais. Então o grupo em si não está sendo feito, e os agentes de saúde receberam também capacitação pelo Secoptt do centro de tratamento contra o tabagismo e, aqui na unidade, atualmente, eu não tenho feito capacitação para eles não, mas tem uns quatro anos atrás, eu até sentei, fiz capacitação para eles abordarem minimamente o tabagista em casa, nas visitas domiciliares, até para eles fazerem um trabalho

epidemiológico para ver a prevalência de tabagismo na microárea, mas foi uma coisa que acabou não indo para frente porque você tem tantos braços na atenção primária e você tem cobrança de coisas que, digamos assim, que são mais exigidas ou mais prioritárias para a Secretária de Saúde que o tabagismo. Ele não está, digamos assim, nesse ponto prioritário para a Secretária de Saúde nesse momento. Então tem o plano diretor que cobra, por exemplo, as metas de saúde da gestante, da criança, do hipertenso, do diabético e o controle em si do tabagismo. Embora esteja inserido nesse grupo, ele ainda não é muito bem visualizado neste ponto, então acho que essa falta de estabelecimento de prioridade das ações de tabagismo ele dificulta um pouco você fazer educação nesse sentido para os agentes” (ENF 13).

“Eu gostaria de acrescentar que uma das grandes dificuldades que a gente tem aqui em relação ao grupo de tabagismo é a não adesão dos médicos, então é muito complicado [...] também a adesão dos enfermeiros ela é muito difícil, de uma forma geral, a adesão dos profissionais ao grupo de tabagismo é bem complexa. Às vezes o usuário nos procura e a gente tenta montar o grupo, mas aí começa a esbarrar em algumas questões e a coisa não vai para frente. Então isso aí é um fator que está dificultando muito, tem médicos que têm capacitação que não querem fazer, assim como também tem enfermeiros que têm a capacitação e não querem fazer. Eu não sei se essa é uma resposta recorrente que você tem em outros locais, mas aqui é muito, a gente já teve reuniões, as meninas lá cobram da gente, mas é muito complicado” (ENF 15).

A representação a seguir retrata a maneira como os ACSs têm trabalhado nas UBSs e como acontece a educação permanente voltada para esses profissionais, para o desenvolvimento de ações de combate ao tabagismo:

“Então, essa questão do tabagismo eles tiveram curso, tem alguns que não têm, mas aí quem faz esse curso é o Secoptt. O Secoptt oferece o treinamento profissional e aí, a partir do treinamento profissional, a gente executa o grupo aqui, então aqui, na unidade, a maioria dos profissionais já fizeram o treinamento profissional do Secoptt para poder desenvolver o grupo aqui conforme o Secoptt orienta, conforme o Ministério orienta número de sessões, como é a abordagem inicial, então todo mundo faz. E aí a questão da educação permanente aqui dentro é mais assim sala de espera,

visita domiciliar informando que vai ter o grupo, a importância. Elas captam a pessoa que necessita de parar de fumar ou que quer parar, então tem essa troca, elas trazem para a gente as pessoas, a gente também tem um caderno na unidade que a gente anota o nome das pessoas que têm interesse em participar do grupo, é mais ou menos assim [...] o agente de saúde participa do grupo, mas quem conduz é a equipe técnica, então, sempre com a condução da equipe técnica, tem o agente acompanhando” (ENF 21).

Outro fator relevante é a forma como alguns entrevistados representam os ACSs como parte da equipe multiprofissional. Para ENF 8, é necessário ter sigilo das informações e ENF 10 considera que não é produtor que se desenvolva educação permanente para os ACSs sobre o tabagismo devido ao grau de instrução destes:

“Eles não têm, igual estou te falando, eles não têm uma educação permanente fora daqui, a gente só passa algumas coisas para eles, mas eles não participam de reuniões de tabagismo, por conta também do sigilo, né” (ENF 08).

“Como eu já te falei, não pode, não faz parte da equipe. Vocês estão querendo fazer uma coisa que não pode e inclusive pelo Ministério da Saúde. [...] Eles são agentes de intercâmbio, [...] de intercâmbio entre a população e o posto de saúde, falando com a população o que o posto tem para atender eles, eles fazem a propaganda sim, eles fazem a sala de espera e isso é divulgado sim, eles são capacitados sim da abordagem do usuário para com eles [...] eu acho que a questão do agente participar do grupo de tabagismo eu não acho viável, não é produtor pelo grau de capacidade. Porque o grupo de tabagismo exige curso superior, entendeu, são técnicas cognitivas, não são abordagens, são abordagens cognitivas que nós temos que trabalhar o lado psicológico da pessoa, trabalhar todo esse, se tem agentes em Juiz de Fora que não sabem ler, muito mal escrever, como é que fica uma situação dessa perante a população, o que que ele fala?” (ENF 10).

DISCUSSÃO

No horizonte da compreensão dos enfermeiros, a partir das representações apresentadas, evidencia-se uma aproximação por parte dos profissionais para com a proposta da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), mostrando que estes profissionais compreendem que a realização da educação permanente, visa à transformação

do processo de trabalho, não sendo algo pontual e que deverá ser constantemente inserido no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS).⁽¹¹⁾

Diante da caracterização dos participantes, observa-se que a maioria dos entrevistados são especialistas em Saúde da Família e possuem anos de atuação neste cenário, sendo assim, infere-se que tais achados são essenciais para trazer a tona as representações sobre o objeto de estudo, uma vez que estes profissionais possuem arcabouço teórico e vivenciam a realidade dentro das instituições.

Outro aspecto é à realização da educação permanente na APS, onde segundo o catálogo de normas da atenção primária à saúde do município, é garantido um horário protegido para o desenvolvimento da educação permanente, sendo este, às quintas-feiras de 15h às 17h.⁽²⁵⁾ Pode-se notar que a grande maioria representou este horário como oportuno para o desenvolvimento de tais educações. No entanto, este resultado não é homogêneo, uma vez que alguns entrevistados trouxeram a não utilização deste horário para o desenvolvimento das educações permanentes, devido ao atendimento de outras demandas, pouca experiência para o desenvolvimento de tais ações, ou ainda, por compreenderem que tal função não se aplica às atividades obrigatórias do enfermeiro da unidade, mas sim, especificamente ao gerente.

Com relação às educações permanentes para as ações de combate ao tabagismo voltadas para os Agentes Comunitários de Saúde, observa-se que diante dos discursos, tais educações não estão inseridas no cotidiano destes profissionais, sendo apontado por eles, dificultadores e desmotivadores que refletem no desenvolvimento da capacitação do ACS.

Ao representarem as dificuldades como aspectos desmotivadores para se desenvolver as ações de tabagismo nas unidades básicas, os enfermeiros apontam a falta de profissionais capacitados, a rotatividade de profissionais, a falta de comprometimento com as questões que envolvem a cessação do hábito de fumar e o distanciamento dos serviços assistenciais e a gestão administrativa, como uma realidade do município.

No que diz respeito à atuação dos ACS para as ações de combate ao tabagismo, de acordo com os discursos, se resume na realização de salas de espera, visitas domiciliares para entrega dos agendamentos dos grupos de tabagismo e a realização da busca ativa de usuários que tenham interesse em parar de fumar. Porém, no que tange a associação das ações com a educação permanente, para que estes profissionais estejam bem capacitados e aptos a promoverem uma abordagem adequada aos usuários, trazem

uma desarticulação por parte dos enfermeiros com a temática, ou seja, de acordo com os discursos, as atividades de educação para as ações de tabagismo, são desenvolvidas pelo Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo da Secretaria de Saúde (SECOPTT), traduzindo que não é necessário desenvolver educação permanente para este fim, uma vez que o Secoptt seria o responsável pela capacitação.

Nesse sentido, nota-se que embora os enfermeiros deste estudo demonstrem uma compreensão pela proposta da educação permanente, para as ações de combate ao tabagismo tal compreensão mostrou-se falha. Além disso, embora alguns entrevistados acreditem que os ACSs sejam profissionais capazes de auxiliar no processo da cessação do hábito de fumar, outros julgam que tais profissionais não devem estar inseridos nas ações de tabagismo, por serem profissionais com pouco nível de instrução ou ainda, por ser essencial um sigilo de informações dentro da unidade básica.

A escassez de estudos publicados sobre a realização de educação permanente em relação as ações de combate ao tabagismo para os agentes comunitários de saúde.

O estudo possui como relevância contribuir com aspectos destacados na Agenda de prioridades de pesquisa

do Ministério da Saúde, auxiliando no fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e ainda favorecendo a diminuição de gastos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) com base na prevenção, com a extinção do uso do tabaco.⁽²⁶⁾

CONCLUSÃO

Os resultados apresentaram a importância de se trabalhar a educação permanente com os ACSs para que estes consigam desenvolver de maneira adequada as ações propostas para o combate ao tabagismo, uma vez que, de acordo com as representações, estas educações não acontecem, e, revelam ainda, a necessidade de se desenvolver educações voltadas para os enfermeiros, para que estes conheçam e compreendam o que de fato é proposto pelo ministério da saúde e se conscientizem sobre a importância de se educar/capacitar os ACSs, uma vez que são estes que estão em contato direto com a população e sua formação ainda se encontra fragilizada.

Contribuições

A concepção e/ou desenho, a análise e a interpretação dos dados, a redação do artigo, a revisão crítica e a revisão final: Mila Cristian Ferreira, Geovana Brandão Santana Almeida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [citado 2019 Abr 28]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/Estrat%C3%A9gias-para-o-cuidado-da-pessoa-com-doen%C3%A7a-cr%C3%B4nica-o-cuidado-da-pessoa-tabagista.pdf>
2. Nunes SO, Castro MR. Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento. Londrina: Eduel; 2011.
3. Almeida GB, Rodrigues JP, Freire MR. Acessibilidade dos usuários ao programa de controle do tabagismo. *HU Rev.* 2020;39(3e4):45-50.
4. Portes LH. A política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016: contexto, trajetória e desafios [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2017.
5. Portes LH, Campos EM, Teixeira MT, Caetano R, Ribeiro LC. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(2):439-48.
6. Cunha CL, Ramalho NM. Protocolos de enfermagem: promovendo o acesso e qualidade da assistência na atenção primária à saúde. *Enferm Foco.* 2020;10(4):1-1.
7. Avelar JM. O agente comunitário de Saúde e a Educação Permanente em Saúde [trabalho de conclusão de curso]. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001. p. 41.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica Operacionalização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
10. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde Debate.* 2018;42(spe1):261-74.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018 - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [citado 2020 Mar 11]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/28/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-10.pdf>
12. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário da República Federativa do Brasil.* Brasília (DF); 1986 Jun 25.
13. Almeida MC, Lopes MB. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde. *Rev Saúde Dom Alberto.* 2019;3(1):169-86.
14. Lopes GG, Vieira JG, Moura SR. A importância da capacitação do agente comunitário de saúde pelo enfermeiro frente a potencialização da ação quanto ao câncer de mama: avaliando o conhecimento adquirido após ação educativa [trabalho de conclusão de curso]. Lins: Centro Universitário Católica Salesiano Auxilium; 2017.
15. Campos KF, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc Anna Nery.* 2017;21(4):e20160317.

16. Felix AM, Maia FO, Soares RÂ. Atenção primária à saúde e educação em enfermagem no Brasil. *Enferm Foco*. 2019;10(6):175-81.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
18. Camargo Junior KR. Apresentando Logos: um gerenciador de dados textuais. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(1):278-87.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No. 466 de 12 de dezembro de 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. [citado 2018 Nov 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
20. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº. 580/18. Brasília (DF): CNS; 2018 [citado 2020 Mai 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>
21. Feuerwerker LC, Bertussi DC, Merhy EE. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. 1a ed. Rio de Janeiro: Hexis Editora; 2016. 448 p.
22. Vargas AF, Campos MM. Tecnologias aplicadas à saúde: contribuições para o debate sobre o subfinanciamento do sistema público. In: V Colóquio Interdisciplinar em Cognição e Linguagem; 2017: Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Norte Fluminense; 2017. p. 45-64.
23. Lemos CL. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(3):913-22.
24. Ferreira M, Almeida G, Paschoalin H, Chagas D, Ferreira L. Protagonismo dos agentes comunitários de saúde no combate ao tabagismo. *Rev Enferm UFPE on-line*. 2019;13(2):371-7.
25. Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde, Secretaria de Saúde, Prefeitura de Juiz de Fora. Catálogo de Normas Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2016 [citado 2019 Nov 19]. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/normas_apsjf_2016.pdf
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [citado 2020 Ago 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf

INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NOS DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

INDEPENDENCE IN SELF-CARE IN STROKE PATIENTS: CONTRIBUTION OF REHABILITATION NURSING

INDEPENDENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON APOPLEJÍA: CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN

José Miguel Santos¹

Ana Paula Prata²

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha³

Margarida Reis Santos²

(<https://orcid.org/0000-0002-9532-1258>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7552-9716>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7948-9317>)

Descritores

Acidente vascular cerebral;
Enfermagem em reabilitação;
Autocuidado

Descriptors

Stroke; Rehabilitation nursing; Self care

Descriptorios

Accidente cerebrovascular;
Enfermería en rehabilitación;
Autocuidado

Recibido

15 de Julho de 2020

Aceito

9 de Março de 2021

Conflitos de interesse

extraído da dissertação "Ganhos em saúde no serviço de medicina física e de reabilitação: Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação" apresentado em 2017 ao Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Autor correspondente

José Miguel Ferreira dos Santos
E-mail: santos.miguel1968@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar o número de dias necessários à obtenção de ganhos em independência e quais estes ganhos, em indivíduos com acidente vascular cerebral internados num serviço de Medicina Física e Reabilitação, após intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo. Analisados os registos de enfermagem referentes aos doentes com acidente vascular cerebral, internados no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014. A colheita de dados realizou-se em instrumento construído para este estudo de análise documental.

Resultados: Nos registos de 96 pacientes, constatou-se que na admissão mais de 90% apresentavam algum grau de dependência nos autocuidados de higiene, arranjo pessoal e vestir-se. Na alta mais de 50% adquiriram independência nesses autocuidados. Foram necessários 9 a 28 dias para a aquisição da independência.

Conclusão: Os resultados obtidos permitiram concluir que se verificou a aquisição de ganhos em independência nos três autocuidados estudados. Sugere-se outros estudos que permitam perceber qual o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a obtenção destes ganhos.

ABSTRACT

Objective: To identify the gains in independence of the individual with stroke admitted to a Physical Medicine and Rehabilitation service. Identify the number of days necessary to obtain gains in independence of the individual with stroke admitted to a Physical Medicine and Rehabilitation service, after intervention of the Rehabilitation Nurse.

Methods: Quantitative, descriptive and retrospective study. We analyzed the nursing records of stroke patients admitted from January 2013 to December 2014. Data collection was performed using a grid analysis document.

Results: In the records of 96 patients, on admission, more than 90% had some degree of dependency on self-care: hygiene, personal care, dressing. At discharge, more than 50% had acquired independence in self-care. It took 9 to 28 days to acquire independence.

Conclusion: The results obtained allowed us to conclude that there was an acquisition of gains in independence in the three studied self-care. More research is suggested to allow us to understand the contribution of the Specialist in Rehabilitation Nurse to obtain these gains.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las ganancias en independencia del individuo con accidente cerebrovascular internado en un servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Identificar el número de días necesarios para obtener ganancias en independencia del individuo con accidente cerebrovascular internado en un servicio de Medicina Física y Rehabilitación, después de intervención del Enfermero de Rehabilitación.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo. Analizados los registros de enfermería referentes a los pacientes con accidente cerebrovascular, internados en el período de enero de 2013 a diciembre de 2014. La recogida de datos se llevó a cabo mediante un modelo de análisis documental.

Resultados: Analizados 96 registros de pacientes, se verificó en la admisión más del 90% presentaban algún grado de dependencia en los autocuidados estudiados: higiene, arreglo personal e vestir-se. En el alta más del 50% adquirieron independencia en el autocuidado. Se necesitaron de 9 a 28 días para adquirir la independencia.

Conclusión: Los resultados obtenidos nos han permitido concluir que en los tres autocuidados estudiados se han obtenido beneficios de independientes. Se sugiere más investigación que permita saber cuál es la contribución del Enfermero Especialista en Enfermería de Rehabilitación para la obtención de estas ganancias.

¹Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Center for Health Technology and Services Research, Porto, Portugal.

³Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar:

Santos JM, Prata AP, Cunha IC, Santos MR. Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: contribuição da enfermagem de reabilitação. *Enferm Foco*. 2021;12(2):346-53.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4180

INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho circulatório foram, em 2015, responsáveis por cerca de 15 milhões de mortes em todo o mundo, tendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) sido responsável por 6,2 milhões.⁽¹⁾ Para além da mortalidade, o AVC é, também, responsável por elevadas taxas de morbilidade de cerca de 271,8 indivíduos/100 000 habitantes¹, apresentando muitos indivíduos um grau considerável de incapacidade, necessitando de ajuda para as suas Atividades de Vida Diária (AVD).⁽²⁾

Em Portugal, no conjunto das doenças do aparelho circulatório, a principal causa de morte em 2016, apresentando valores na ordem dos 29,6% da mortalidade ocorrida, o AVC totalizou cerca de 10,6% do total das mortes.⁽³⁾

Dependendo da localização, da extensão das lesões e do tempo que decorre até a chegada a instituição de tratamento, os doentes podem apresentar sequelas cujo grau de severidade varia do leve ao grave, com grande impacto na sua qualidade de vida,⁽⁴⁾ pois ficam frequentemente dependentes no autocuidado.⁽⁵⁾ O autocuidado é parte integrante da pessoa, é uma prática do indivíduo adulto que tem como objetivo manter a saúde e o bem-estar e prevenir ou ter aptidão para lidar com a doença ou incapacidade.^(6,7) A independência para o autocuidado refere-se à capacidade da pessoa para realizar tarefas de autocuidado.⁽⁸⁾ Após um AVC é importante que o doente recupere a independência que tinha antes do evento.

Depois do tratamento na fase aguda, inicia-se a reabilitação, entendida como um processo dinâmico, global que, integrando um modelo assistencial orientado desde o início para um processo preventivo e educativo do binómio indivíduo e família, tem o intuito de recuperar ou potencializar a funcionalidade da pessoa com deficiência e orientar para a reintegração na família e na sociedade.^(9,10) É a base da Medicina Física e Reabilitação (MFR) e as intervenções estendem-se à prevenção e ao tratamento das complicações da patologia de base do doente, à redução do impacto da deficiência ou incapacidade e à adaptação a nova condição de vida e atividades de vida diária.⁽¹¹⁾ Salientam-se dois tipos de intervenções: habilitar, visando os indivíduos com deficiência adquirida potencializar a sua funcionalidade e reabilitar, visando naqueles que adquiriram deficiência, por doença ou acidente, a recuperação da sua funcionalidade.⁽¹¹⁾

Ao doente pós-AVC, em tratamento de reabilitação, depois de se efetuar uma avaliação clínica e funcional, que deve ocorrer nas primeiras 24 a 48h, é estabelecido um plano terapêutico. Este, permitirá o início precoce do tratamento e adequar a melhor orientação futura para os diferentes recursos nesta área, existentes nas instituições hospitalares ou na comunidade.⁽¹¹⁾

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) tem por objetivo maximizar as capacidades funcionais da pessoa com deficiência ou incapacidade minimizando o impacto na sua vida e prevenindo complicações inerentes à sua situação.⁽¹²⁾ Neste sentido, o seu papel é assistir a pessoa com incapacidade ou doença crônica, com o objetivo de obter ou manter o máximo das suas capacidades funcionais, um ótimo nível de saúde e bem-estar e proporcionar-lhe conhecimento efetivo para que saiba lidar com a mudança e as alterações do seu modo de vida.⁽¹³⁾

Experienciar uma transição de saúde-doença, como estes pacientes, leva à necessidade de responder às mudanças para se adaptar à nova situação, implica novas competências, adquiridas através de novos conhecimentos e capacidades, essenciais ao ajustamento à situação.⁽¹⁴⁾ As intervenções de enfermagem, implementadas no sentido de intervir, prevenir e promover a independência no autocuidado,⁽¹⁴⁾ são delineadas de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), ferramenta que surgiu da necessidade de padronizar a documentação produzida pelos enfermeiros na sua prática clínica. Seu objetivo é de criar uma linguagem comum, descrever os cuidados de enfermagem, estimular a investigação e contribuir para a tomada de decisão política.⁽¹⁵⁾ Inclui na sua gênese focos, diagnósticos, intervenções e resultados. Os focos estão relacionados com a área de atenção do enfermeiro, os diagnósticos referem-se aos juízos atribuídos pelo enfermeiro aos fatores que influenciam o estado de saúde, as intervenções são ações, planejadas de forma a dar resposta ao diagnóstico, que têm como objetivo originar um resultado, produzindo ganhos em saúde.⁽¹⁵⁾

A excelência da Enfermagem de Reabilitação pode trazer ganhos em saúde em todos os contextos da prática, através das evoluções positivas ou modificações operadas no juízo do diagnóstico de enfermagem dos pacientes ou seus conviventes significativos, após a sua intervenção.⁽¹⁶⁾ Como exemplo de ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem temos os ganhos em independência no autocuidado e os ganhos em aprendizagem de capacidades para o autocuidado.⁽¹⁶⁾

O presente estudo teve como objetivos: Identificar os ganhos em independência e o número de dias necessários para obtê-los, em indivíduos com acidente vascular cerebral internados num Serviço de Medicina Física e Reabilitação, após intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.

MÉTODOS

Estudo documental, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa. Serviço de MFR de um hospital público,

central, da região norte de Portugal. A população em estudo compreendeu doentes com AVC internados num serviço de MFR. Registos produzidos pelos EEER do serviço de MFR relativos aos doentes com AVC, que cumpriam os seguintes requisitos: indivíduos previamente autônomos, idade inferior a 75 anos, tempo de internamento no serviço de MFR superior a 14 dias, escala de Glasgow superior a 14 pontos e ausência de novo evento de AVC durante o internamento.

A amostra foi constituída por todos os doentes com AVC (n=96) internados, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014, no serviço de MFR, de um hospital central da região norte de Portugal, que cumpriam os critérios de inclusão. Realizada entre março e dezembro de 2015, compreendeu a consulta aos processos clínicos e aos registos de enfermagem efetuados na plataforma informatizada do sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) do serviço de MFR, dos 96 doentes selecionados. Para a sua concretização foi elaborado um instrumento constituído por três partes: a primeira, compreendia questões destinadas a recolher os dados sociodemográficos dos doentes. Incluía questões relativas ao sexo, estado civil, idade, escolaridade e profissão; a segunda, englobava questões relacionadas com os dados clínicos do doente; e a terceira, incluía análise documental relativa aos registos de enfermagem no âmbito dos autocuidados higiene, vestuário e arranjo pessoal.

A construção do instrumento de análise teve por base os diagnósticos e intervenções que constam no sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE), da instituição onde decorreu o estudo, os quais foram elaborados a partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão Beta 2.⁽¹⁷⁾ Os dados obtidos foram tratados estatisticamente através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.

O estudo obteve o parecer favorável do Conselho de Administração e da Comissão de Ética da instituição hospitalar.

RESULTADOS

Após análise dos 96 processos clínicos, constatou-se que 55,2% (n=53) dos doentes eram do sexo masculino e 72,9% (n=70) eram casados. A média de idades era de 56,9 anos (DP=10,9), com uma variação entre os 25 anos e os 75 anos. A maioria (97,9%; n=94) tinha frequentado a escola e estava no mercado de trabalho (62,5%; n=60). No que diz respeito ao evento clínico, apurou-se uma predominância do AVC Isquémico (66%, n=63) e do subtipo *Total Anterior Circulation Infarct* (TACI) (24%, n=23). Quanto à localização do AVC, em 50% (n=48) dos casos atingiu o hemisfério

esquerdo causando uma hemiparesia à direita, em 46,9% (n=45) das situações foi afetado o hemisfério direito provocando uma hemiparesia à esquerda e em 3,1% (n=3) o AVC foi a nível medular causando uma paraparesia. Referente aos ganhos de independência do indivíduo com AVC, internado no serviço de MFR, pela análise dos dados, verificou-se que no que concerne à dependência no autocuidado higiene, no momento da admissão, foi diagnosticada a 24% (n=23) dos doentes dependência em grau elevado e a 63,5% (n=61) dependência em grau moderado (Figura 1). No momento da alta, constatou-se que 57,3% (n=55) tinham readquirido a independência no autocuidado higiene e 28,1% (n=27) manifestavam uma condição de dependência no autocuidado em grau reduzido (Figura 1).

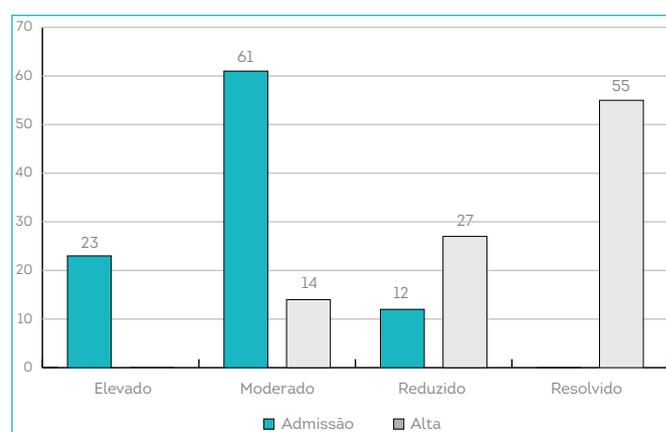


Figura 1. Caracterização do nível de dependência no autocuidado higiene

Verificou-se que dos 23 (100%) doentes diagnosticados com autocuidado higiene dependente em grau elevado na admissão, à data da alta clínica 34,8% (n=8) tinham um grau de dependência moderado, 43,5% (n=10) um reduzido grau de dependência e 21,7% (n=5) adquiriram a independência no autocuidado. Dos 61 doentes (100%) com diagnóstico de dependência no autocuidado higiene em grau moderado, na admissão, no momento da alta 62,3% (n=38) tinham alcançado a independência no autocuidado, 27,9% (n=17) apresentavam um reduzido grau de dependência e 9,8% (n=6) um grau de dependência moderado. Dos 12 (100%) doentes com o diagnóstico de dependência em grau reduzido todos obtiveram a independência no autocuidado. Os doentes com o diagnóstico autocuidado higiene dependente em grau elevado demoraram entre 3 a 28 dias (M=12 dias; DP=7,9) a progredirem para um grau de dependência moderado, entre 2 a 41 dias (M=13,8 dias; DP=10,7) a progredirem para um grau de dependência reduzido e entre 5 a 51 dias (M=28,4 dias; DP=19,3) para ficarem independentes no autocuidado. Os doentes com diagnóstico de autocuidado

higiene dependente em grau moderado demoraram entre 2 a 38 dias ($M=12,2$ dias; $DP=9,4$) a progredirem para um grau de dependência reduzido e entre 2 a 58 dias ($M=15,6$ dias; $DP=12,1$) para ficarem independentes no autocuidado. Os diagnosticados com autocuidado dependente em grau reduzido demoraram entre 2 e 16 dias, em média 9,3 dias ($DP=4,1$) para adquirirem a independência no autocuidado.

Pela análise dos registos verificou-se que as intervenções de enfermagem, de acordo com o grau dependência no autocuidado higiene, efetuadas foram: dar banho no chuveiro, assistir no autocuidado higiene, incentivar ao autocuidado higiene, lavar a boca, incentivar a lavar a boca, providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado higiene e supervisionar o autocuidado higiene. Para promover a aquisição de conhecimentos sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado higiene, o EEER realizou as intervenções de enfermagem: ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene e informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado higiene. Para fomentar a aprendizagem de capacidades para este autocuidado executou as intervenções: instruir e treinar a utilizar estratégias adaptativas para o autocuidado higiene e instruir e treinar a utilizar equipamento adaptativo para o autocuidado higiene. Referente ao autocuidado arranjo pessoal, no momento da admissão, havia registos referentes a 79 (100%) doentes, apurando-se que, 15,2% ($n=12$) dos doentes apresentavam um diagnóstico de autocuidado dependente em grau elevado, 65,8% ($n=52$) tinham uma dependência no autocuidado em grau moderado e 7,6% ($n=6$) independência neste autocuidado (Figura 2). No momento da alta, 25,3% ($n=20$) apresentavam uma condição de dependência em grau reduzido e 58,2% ($n=46$) readquiriram a independência neste autocuidado (Figura 2).

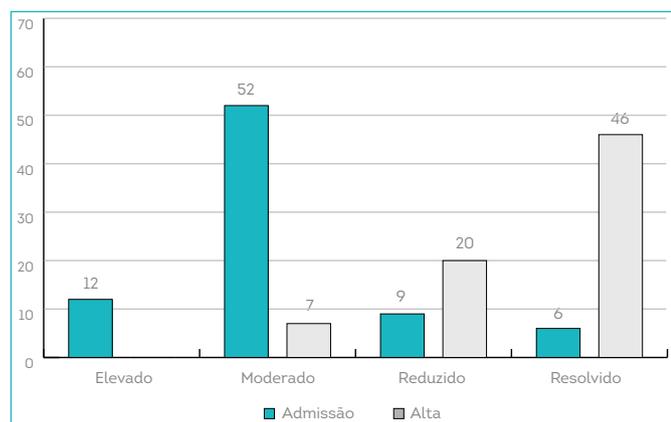


Figura 2. Caracterização do nível de dependência no autocuidado arranjo pessoal

Relativamente aos ganhos de independência, do doente com AVC, após intervenção do EEER, no que diz respeito ao

autocuidado arranjo pessoal verificou-se que dos 12 (100%) doentes a quem, na admissão, foi diagnosticado dependente em grau elevado, no momento da alta clínica, 16,7% ($n=2$) evoluíram para uma condição de dependência em grau moderado, 33,3% ($n=4$) para dependência em grau reduzido e 50% ($n=6$) adquiriram independência no autocuidado. Dos 52 (100%) doentes diagnosticados com dependência no autocuidado arranjo pessoal em grau moderado, 9,6% ($n=5$) mantiveram o grau de dependência, 30,8% ($n=16$) evoluíram para grau reduzido e 59,6% ($n=31$) tornaram-se independentes neste autocuidado. Dos 9 (100%) doentes que apresentavam o diagnóstico autocuidado dependente em grau reduzido todos foram avaliados como independentes no autocuidado no momento da alta. Quanto ao número de dias necessários à mudança de status do juízo diagnóstico, os doentes a quem foi diagnosticado o autocuidado arranjo pessoal dependente em grau elevado demoraram entre 4 a 21 dias ($M=10,5$ dias; $DP=5,5$) para evoluírem para um grau de dependência moderado, entre 3 a 33 dias ($M=15,2$ dias; $DP=10,6$) para progredirem a um grau de dependência reduzido e entre 1 a 53 dias ($M=23$ dias; $DP=18,2$) para ficarem independentes no autocuidado. Os indivíduos que foram diagnosticados com dependência em grau moderado demoraram entre 2 a 40 dias ($M=13,7$ dias; $DP=9,3$) para progredirem para um grau de dependência reduzido e entre 1 a 25 dias ($M=23$ dias; $DP=6,7$) para adquirirem a independência no autocuidado. Os doentes diagnosticados com dependência em grau reduzido demoraram de 2 a 16 dias ($M=9,3$ dias; $DP=4,1$) para obterem a independência no autocuidado arranjo pessoal.

As intervenções de enfermagem prescritas de acordo com o grau de dependência no autocuidado arranjo pessoal, foram: assistir a pessoa no autocuidado arranjo pessoal, incentivar ao autocuidado arranjo pessoal, providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado arranjo pessoal e supervisionar o autocuidado arranjo pessoal. As intervenções de enfermagem concretizadas pelo EEER com o objetivo de melhorar o conhecimento foram: ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado arranjo pessoal e informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado arranjo pessoal. As intervenções de enfermagem promotoras da aprendizagem de capacidades para o autocuidado arranjo pessoal desenvolvidas foram: instruir e treinar a utilizar estratégias adaptativas para o autocuidado arranjo pessoal, instruir e treinar a utilizar equipamento adaptativo para o autocuidado arranjo pessoal. Relativamente ao autocuidado vestuário, no momento da admissão, havia registos referentes a 91 doentes, tendo 24,2% ($n=22$) sido diagnosticados como dependentes em

grau elevado, 60,4% (n=55) dependentes em grau moderado e 2,2% (n=2) apresentavam o diagnóstico resolvido (Figura 3). No momento da alta, 1,0% (n=1) doente manteve o diagnóstico autocuidado dependente em grau elevado, 33% (n=30) apresentavam uma condição de dependência em grau reduzido e 47,2% (n=43) recuperaram a independência no autocuidado vestuário.

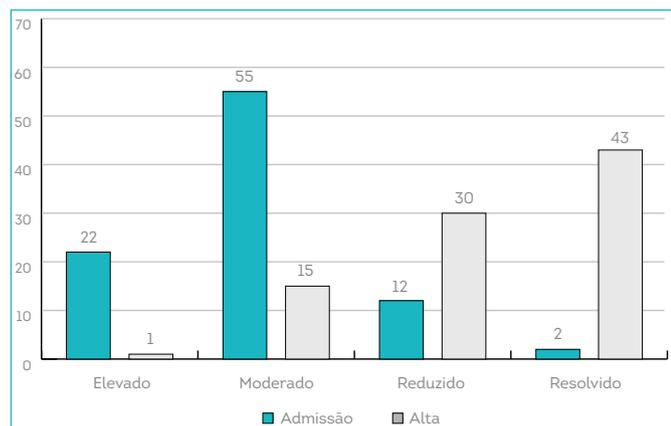


Figura 3. Caracterização do nível de dependência no autocuidado vestuário

A análise dos registos permitiu constatar que dos 22 (100%) doentes a quem, na admissão, foi diagnosticado autocuidado vestuário dependente em grau elevado, à data da alta clínica, 4,5% (n=1) mantinha a dependência no autocuidado em grau elevado, 31,8% (n=7) evoluíram para dependência moderada, 45,5% (n=10) para um grau de dependência reduzido e 18,2% (n=4) adquiriram a independência no autocuidado. Dos 55 (100%) doentes a quem foi diagnosticado autocuidado dependente em grau moderado, 14,5% (n=8) mantiveram o grau de dependência, 32,7% evoluíram para dependência reduzida e 52,7% (n=29) alcançaram a independência no autocuidado. Dos 12 (100%) doentes diagnosticados com o autocuidado dependente em grau reduzido, 16,7% (n=2) mantiveram o grau de dependência e 83,3% (n=10) adquiriram a independência no autocuidado. Relativamente ao número de dias necessários para a aquisição da independência no autocuidado vestuário, os doentes que apresentavam dependência em grau elevado demoraram entre 2 a 46 dias ($M=16,5$ dias; $DP=11,9$) a progredirem para um grau de dependência moderado, entre 2 a 48 dias ($M=18,7$ dias; $DP=13,6$) para um grau de dependência reduzido e entre 2 a 58 dias ($M=21,5$ dias; $DP=25,0$) até obterem a independência no autocuidado.

Os que foram diagnosticados com um grau de dependência moderado no autocuidado, demoraram entre 2 a 40 dias ($M=14,1$ dias; $DP=10,1$) a evoluírem para um grau de dependência reduzido e de 1 a 37 dias ($M=11,3$ dias; $DP=8,8$)

até à independência no autocuidado. Os sujeitos que foram diagnosticados com autocuidado dependente em grau reduzido demoraram entre 2 a 16 dias ($M=9,1$ dias; $DP=4,2$) a adquirirem a independência no autocuidado. Pela análise dos registos produzidos, verificou-se que as intervenções de enfermagem associadas ao grau de dependência do autocuidado vestuário foram: vestir a pessoa, assistir no autocuidado vestuário, incentivar ao autocuidado vestuário, providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário, supervisionar o autocuidado vestuário. As intervenções de enfermagem executadas na promoção do conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário foram: ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário e informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário. Instruir e treinar a utilizar estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário e a usar equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário foram as intervenções de enfermagem efetuadas, diariamente, para melhorar a capacidade para este autocuidado (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização das Intervenções de Enfermagem identificadas

	Intervenções de Enfermagem na promoção do autocuidado	Intervenções com o objetivo de melhorar o conhecimento sobre o autocuidado	Intervenções com o objetivo de melhorar a capacidade para o autocuidado
Autocuidado higiene	Dar banho no chuveiro; assistir no autocuidado higiene; incentivar ao autocuidado higiene; lavar a boca; incentivar a lavar a boca; providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado higiene; supervisionar o autocuidado higiene.	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene; informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado higiene.	Instruir e treinar a utilizar estratégias adaptativas para o autocuidado higiene; instruir e treinar a utilizar equipamento adaptativo para o autocuidado higiene.
Autocuidado arranjo pessoal	Assistir a pessoa no autocuidado arranjo pessoal; incentivar ao autocuidado arranjo pessoal; providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado arranjo pessoal; supervisionar o autocuidado arranjo pessoal.	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado arranjo pessoal; informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado arranjo pessoal.	Instruir e treinar a utilizar estratégias adaptativas para o autocuidado arranjo pessoal; instruir e treinar a utilizar equipamento adaptativo para o autocuidado arranjo pessoal.
Autocuidado vestuário	Vestir a pessoa; assistir no autocuidado vestuário; incentivar ao autocuidado vestuário; providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário; supervisionar o autocuidado vestuário.	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário e informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário.	Instruir e treinar a utilizar estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário; instruir e treinar a usar equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário.

Em média, os participantes no estudo estiveram internados cerca de 40 dias ($DP=20$), com uma variação entre

14 e 100 dias. Constatou-se que após a alta, 53,1% ($n=51$) regressaram para casa, 27,1% ($n=26$) foram encaminhados para uma unidade de internação da rede nacional de cuidados continuados (RNCC), 15,6% ($n=15$) foram orientados para um centro de reabilitação e 4,1% ($n=4$) foram transferidos para outro hospital (Anexo 1).

DISCUSSÃO

O AVC é uma doença que provoca uma condição crónica que afeta profundamente a qualidade de vida dos indivíduos, e os serviços de reabilitação são um dos principais recursos para a promoção da recuperação funcional e da aquisição de independência, como podemos verificar neste estudo e é sustentado por outros autores.⁽¹⁸⁾ Os doentes com AVC incluídos no estudo apresentavam, no momento de admissão no serviço, um grau de dependência nos autocuidados que variou entre reduzido a elevado. A maioria voltou a ser independente nos autocuidados higiene e arranjar-se, e 48,3% no autocuidado vestuário. Os resultados, calculados pelo indicador: número de doentes que adquiriram a independência no autocuidado (especificar o tipo de autocuidado) após intervenção do enfermeiro EEER/ número total de doentes dependentes nesse autocuidado*100 (Figura 4), permitiram verificar que a intervenção do EEER contribuiu para a aquisição de independência no autocuidado.^(19,20)

$$\frac{\text{número de doentes que adquiriram a independência no autocuidado (especificar o autocuidado) após intervenção do enfermeiro EEER}}{\text{número total de doentes dependentes nesse autocuidado}} \times 100$$

Figura 4. Indicador Ganho em independência no autocuidado

Os cálculos efetuados em unidades de doentes com AVC e com intervenção de enfermeiros generalistas e um EEER, concluíram haver ganhos de independência no autocuidado após a intervenção de enfermagem, apesar dos resultados serem inferiores aos do presente estudo. Esta discrepância pode ser explicada pelo fato desta pesquisa ter sido realizado num contexto diferente, nomeadamente numa unidade de reabilitação e com uma equipe de enfermagem constituída exclusivamente por enfermeiros especialistas em reabilitação, pelo diagnóstico de AVC, pois o tipo de AVC influencia o ganho em independência funcional, pela idade, pois doentes mais jovens apresentam menos dificuldade na aquisição de independência funcional que os mais idosos.^(21,22)

Relativamente aos dias necessários para se verificar ganhos de independência, verificou-se que os doentes a quem foi diagnosticado autocuidado dependente em grau

elevado demoraram 10 a 18 dias a evoluírem para a dependência no autocuidado em grau moderado, 14 a 19 dias para adquirirem dependência no autocuidado em grau reduzido e entre 6 a 28 dias para se tornarem independentes no autocuidado. Os doentes diagnosticados com um grau moderado de dependência do autocuidado, demoraram entre 12 a 14 dias para irem a grau reduzido e entre 11 a 23 dias para serem independentes. Os doentes com um grau reduzido de dependência demoraram entre 9 e 15 dias a adquirir a independência nos referidos autocuidados. Não encontramos estudos que nos permitam comparar estes resultados, pelo que consideramos essencial desenvolver-se mais pesquisas nesta área.

As intervenções de enfermagem são importantes para a promoção da independência no autocuidado do paciente com AVC ao gerarem ganhos de independência e consequentemente melhoria da qualidade de vida dos doentes.^(2, 23)

As intervenções implementadas tiveram como objetivo promover o autocuidado, e nesse sentido foram efetuadas intervenções centradas em substituir (ex: dar banho), ajudar a complementar (ex: assistir a pessoa) ou supervisionar (ex: supervisionar o autocuidado higiene), o paciente quando este não tinha capacidade para o realizar.⁽²⁴⁾

As intervenções dos EEER não se centraram só na promoção da independência no autocuidado, mas também, na transição saúde/doença que estes doentes se encontram,⁽⁶⁾ e neste sentido realizaram-se intervenções com o objetivo de melhorar o conhecimento (ex: ensinar) e a capacidade (ex: instruir e treinar), pois era necessário que o paciente adquirisse novas competências para se autocuidar.⁽²⁵⁾ Empoderar o paciente vítima de AVC para se autocuidar teve como objetivo melhorar a qualidade de vida.⁽²⁾

O enfermeiro pode ter um papel essencial no ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas para a concretização do autocuidado promovendo a capacidade das pessoas dependentes⁽²⁶⁾ e o conhecimento, a aprendizagem e o treino refletem-se em ganhos de independência dos doentes.⁽¹⁹⁾ A importância do treino orientado para as atividades de vida diária permite aumentar a funcionalidade e consequentemente obter ganhos com a reabilitação do doente após AVC devendo ser iniciado o mais precocemente possível.^(2,4) Quanto maior o número de atividades de autocuidado ensinadas melhor será o nível de desempenho dos clientes.^(19,20,22)

A escassez de trabalhos de investigação na área não permitiu a discussão de alguns dos resultados obtidos, especialmente sobre o papel do EEER na obtenção de ganhos em saúde destes doentes, pelo que se sugere a realização de investigação nesse sentido.

Uma das limitações deste estudo foi a escassa investigação na área que limitou a discussão sobre alguns dos resultados obtidos.

O presente estudo contribuirá para a disseminação da temática entre os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e para melhorar a qualidade da reabilitação efetuada aos doentes com AVC pois concorre para a reflexão sobre a prática de enfermagem especializada.

CONCLUSÃO

A aquisição da independência no autocuidado é significativa para o doente, pois mantém-no na vida ativa, melhora a sua autoestima e qualidade de vida, e pode refletir-se na diminuição da depressão, nomeadamente nos seis primeiros meses após a alta. A dependência dos pacientes foi investigada no autocuidado higiene, arranjo pessoal e vestuário. De acordo com o grau de dependência, a maioria dos doentes que apresentava um elevado ou moderado grau de dependência adquiriu a independência ou, pelo menos, progrediu

para uma dependência em grau reduzido, e demorou entre 6 (número mínimo) e 28 dias (máximo) a atingir esse status, num período temporal de 30 dias (período de internamento no serviço), o que se considera ser um contributo positivo para se reduzir o número de doentes que ficam com limitações físicas e dependência, e dessa forma atingir a meta de 70% de independência após três meses da doença.

Contribuições

José Miguel Santos: concepção e desenho do estudo, colheita, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Ana Paula Prata: concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada. Isabel CKO Cunha: revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada. Margarida Reis Santos: concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Health statistics and information systems – Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. Genève: WHO; 2013 [cited 2020 Sep 29]. Available from: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2015_2030/en/
2. Morais HC, Gonzaga NC, Aquino PS, Araujo TL. Strategies for self-management support by patients with stroke: integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):134-41.
3. Instituto Nacional de Estatística (INE). Causas de morte 2016 [Internet]. Lisboa: INE; 2018 [citado 2020 Set 29]. Disponível em: www.ine.pt
4. Gomes SR, Senna M. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. *Cogitare Enferm*. 2008;13(2):220-6.
5. Araujo JS, Silva SE, Santana ME, Conceição VM, Vasconcelos EV. O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. *Enferm Foco*. 2011;2(4):235-8.
6. Fernandes S, Silva A, Barbas L, Ferreira R, Fonseca C, Fernandes MA. Theoretical contributions from Orem to self-care in rehabilitation nursing. *Commun Comput Info Sci*. 2020;1185:163-173.
7. Santos FL, Gonçalves GM, Gois CF, Guimarães AM, LLapa-Rodríguez EO, Mattos MC, et al. Acidente vascular cerebral: o conhecimento dos enfermeiros. *Enferm Foco*. 2012; 3(2):58-61.
8. Castro PO, Martins MM, Couto GM, Reis MG. Mirror therapy and self-care autonomy after stroke: an intervention program. *Referência*. 2018;serIV(17): 95-106.
9. Portugal. Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Planeamento. Rede de referência hospitalar de medicina física e reabilitação [Internet]. 2003 [citado 29 Maio 2019]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/3080779-Medicina-fisica-e-de-reabilitacao.html>
10. Coutinho SC, Grilo EN. Suporte educacional à pessoa com AVC e família: revisão integrativa da literatura. *RIASE*. 2020;5(2):1811.
11. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med*. 2010;42(1):4-8.
12. Portugal. Regulamento nº 125/11 de novembro. Diário da República nº 35/11, II Série. Ordem dos Enfermeiros [Internet]. Lisboa: Portugal; 2006 [citado 29 Nov 2019]. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/3477014/details/maximized>
13. Hoeman SP. Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados. 4a ed. Loures: Lusodidacta; 2011.
14. Queirós SM, Santos CS, Brito MA, Pinto IE. Conditioning factors for the development of the self-care competence in the person with a tracheostomy. *Referência*. 2017;serIV(14): 57-66.
15. Primo CC, Trevizani CC, Tedesco CJ, Leite FM, Almeida MV, Lima EF. Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal. *Enferm Foco*. 2015;6(1/4):17-23
16. Martins MM, Ribeiro O, Silva JV. O contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Rev Port Enferm Rehabil*. 2018;1(1):22-9.
17. International Council of Nurses (ICN) (2001). International Classification for Nursing Practice – Beta 2 Version [Internet]. Geneva: ICN; 2001. [cited 2020 Sep 29]. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp_catalogue_development.pdf
18. Winstein C, Stein J, Arena R, Bates B, Chorney L, Cramer S, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47(6):98-169.

19. Melo MB. Autocuidado em doentes com hemiplegia - Cuidados continuados de convalescença [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2010.

20. Diogo MJ. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000;8(1):75-81.

21. Nagasawa H, Maeda M, Kanda T, Sakai F. Differences of Locomotion Function between Left and Right Cerebral. J Phys Ther Sci. 2001;13:129-137.

22. Salselas SC. Ganhos em independência funcional no doente com AVC [dissertação]. Bragança: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança; 2016.

23. Neves CS. Intervenções de enfermagem na promoção da autonomia/ independência face ao autocuidado após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura [dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2014.

24. Ordem dos Enfermeiros (OE). Regulamento nº 190, de 6 de março de 2015. Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais [Internet]. Diário da República; 2015 [citado 29 Nov 2019]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67058782>

25. Nunes DL, Fontes WS, Lima MA. Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. Rev Bras Ci Saúde. 2017; 21(1):87-96.

26. Ribeiro OM, Pinto CA, Regadas SC. People dependent in self-care: implications for Nursing. Referência. 2014;IV(1):25-36.

Anexo 1. Indicador Ganho em independência no autocuidado

$$\frac{\text{número de doentes que adquiriram a independência no autocuidado (especificar o autocuidado) após intervenção do enfermeiro EEER}}{\text{número total de doentes dependentes nesse autocuidado}} * 100$$

Avaliação da autonomia no autocuidado higiene

	Grau	Dependência no autocuidado higiene: alta				Total	
		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido		
Dependência no autocuidado higiene: avaliação inicial	Elevado	n	0	8	10	5	23
		%	0,0%	34,8%	43,5%	21,7%	100,0%
	Moderado	n	0	6	17	38	61
		%	0,0%	9,8%	27,9%	62,3%	100,0%
	Reduzido	n	0	0	0	12	12
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

Avaliação da autonomia no autocuidado arranjo pessoal

	Grau	Dependência no autocuidado arranjo pessoal: alta			Total	
		Moderado	Reduzido	Resolvido		
Dependência no autocuidado arranjo pessoal: avaliação inicial	Elevado	n	2	4	6	12
		%	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
	Moderado	n	5	16	31	52
		%	9,6%	30,8%	59,6%	100,0%
	Reduzido	n	0	0	9	9
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Resolvido	n	0	0	6	6
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

Avaliação da autonomia no autocuidado vestuário

	Grau	Dependência no autocuidado vestuário: alta				Total	
		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido		
Dependência no autocuidado vestuário: avaliação inicial	Elevado	n	1	7	10	4	22
		%	4,5%	31,8%	45,5%	18,2%	100,0%
	Moderado	n	0	8	18	29	55
		%	0,0%	14,5%	32,7%	52,7%	100,0%
	Reduzido	n	0	0	2	10	12
		%	0,0%	0,0%	16,7%	83,3%	100,0%
	Resolvido	n	0	0	0	2	2
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM HEMODIÁLISE: (RE) CONHECENDO A ROTINA DO ENFERMEIRO

NURSING ASSISTANCE IN HEMODIALYSIS: (RE)COGNIZING THE NURSE'S ROUTINE

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA A LA HEMODIALISIS: (RE)CONOCIENDO LA RUTINA DE LA ENFERMERA

Ingrid Verissimo Marinho¹

Davydson Gouveia Santos²

Caroline Bittelbrunn²

Andrezza Lira de Carvalho¹

Nídia Carolina Bandeira Vasconcelos¹

Milécyo de Lima Silva³

(<https://orcid.org/0000-0001-9464-4277>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5645-7785>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7392-400X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7287-4434>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6330-0583>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6158-9563>)

Descritores

Enfermagem; Enfermeiras e enfermeiros; Enfermagem em nefrologia; Diálise renal; Cuidados de enfermagem

Descriptors

Nursing; Nurses; Nephrology nursing; Renal dialysis; Nursing care

Descriptores

Enfermería; Enfermeras y enfermeros; Enfermería en nefrología; Diálisis renal; Atención de enfermería

Recebido

27 de Julho de 2020

Aceito

12 de Março de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar

Autor correspondente

Davydson Gouveia Santos

E-mail: davydsongouveia@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Conhecer a rotina do enfermeiro no setor de hemodiálise de um hospital público do Nordeste brasileiro.

Métodos: Estudo de campo de natureza exploratória e descritiva, abordagem qualitativa. Desenvolvido no setor de hemodiálise de um hospital público localizado em Campina Grande, Paraíba, com todos os enfermeiros atuantes no setor. A coleta de dados ocorreu em setembro de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, e analisada seguindo a teoria proposta por Bardin.

Resultados: Foram entrevistados enfermeiros com idade média de 41 anos, predominância do sexo feminino e com tempo médio de oito anos em atuação no setor de hemodiálise. Da análise de conteúdo emergiram as seguintes categorias: Atribuições da Enfermagem no setor de hemodiálise; Gerenciamento de enfermagem no serviço de hemodiálise; Sistematização da assistência de enfermagem no serviço de hemodiálise; Adversidades e complicações encontradas no setor de hemodiálise; e Ações da equipe de enfermagem para minimização dos riscos e possíveis intercorrências.

Conclusão: A multiplicidade de atribuições e atividades na rotina de enfermeiros do setor de hemodiálise ficou evidente em nosso estudo, que mostrou a essencial atuação e o protagonismo do enfermeiro dentro de um setor tão específico e de alta complexidade.

ABSTRACT

Objective: To know the nurse's routine in the hemodialysis sector of a public hospital in Northeast Brazil.

Methods: Field study of exploratory and descriptive nature, qualitative approach. Developed in the hemodialysis sector of a public hospital located in Campina Grande, Paraíba, with all nurses working in the sector. Data collection took place in September 2017, through semi-structured interviews, and analyzed following the theory proposed by Bardin.

Results: Nurses were interviewed with an average age of 41 years, predominantly female and with an average time of eight years working in the hemodialysis sector. The following categories emerged from the content analysis: Nursing assignments in the hemodialysis sector; Nursing management in the hemodialysis service; Systematization of nursing care in the hemodialysis service; Adversities and complications found in the hemodialysis sector; and Actions by the nursing team to minimize risks and possible complications.

Conclusion: The multiplicity of duties and activities in the routine of nurses in the hemodialysis sector was evident in our study, which showed the essential role and role of nurses within such a specific and highly complex sector.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la rutina de la enfermera en el sector de hemodiálisis de un hospital público en el noreste de Brasil.

Métodos: Estudio de campo de naturaleza exploratoria y descriptiva, enfoque cualitativo. Desarrollado en el sector de hemodiálisis de un hospital público ubicado en Campina Grande, Paraíba, con todas las enfermeras que trabajan en el sector. La recopilación de datos tuvo lugar en septiembre de 2017, a través de entrevistas semiestructuradas y analizadas siguiendo la teoría propuesta por Bardin.

Resultados: Se entrevistó a enfermeras con una edad promedio de 41 años, predominantemente mujeres y con un tiempo promedio de ocho años trabajando en el sector de hemodiálisis. Del análisis de contenido surgieron las siguientes categorías: tareas de enfermería en el sector de hemodiálisis; Gestión de enfermería en el servicio de hemodiálisis; Sistematización de la atención de enfermería en el servicio de hemodiálisis; Adversidades y complicaciones encontradas en el sector de hemodiálisis; y Acciones del equipo de enfermería para minimizar riesgos y posibles complicaciones.

Conclusión: La multiplicidad de deberes y actividades en la rutina de las enfermeras en el sector de hemodiálisis fue evidente en nuestro estudio, que mostró el papel esencial y el papel de las enfermeras dentro de un sector tan específico y altamente complejo.

¹Faculdade Maurício de Nassau, Aracaju, SE, Brasil.

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

³Hospital de Clínicas da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Como citar:

Marinho IV, Santos DG, Bittelbrunn C, Carvalho AL, Vasconcelos NC, Silva ML. Assistência de enfermagem em hemodiálise: (re) conhecendo a rotina do enfermeiro. *Enferm Foco*. 2021;12(2):354-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4238

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica engloba um conjunto de manifestações físicas e emocionais, que geram inúmeras necessidades e exigem cuidados específicos e individualizados. Em seu estágio avançado, a diálise é necessária como tratamento e se adiciona com os distúrbios da DRC, elevando os efeitos físicos, emocionais e sociais.⁽¹⁾ Entretanto, traz a possibilidade de esperança e sobrevida frente a terminalidade.

Em 2017, o total estimado de pacientes em terapia de substituição renal foi de 126.583, tendo 40.000 novos pacientes e predomínio da hemodiálise como modalidade.⁽²⁾ Em 2018, comparando com 2013 e 2009, houve aumento nas taxas de incidência e prevalência de pacientes em tratamento dialítico.⁽³⁾

A elevação no número de pacientes que necessitam de hemodiálise compõe um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao aumento de consultas, exames, procedimentos, cirurgias, gerando maior uso de recursos humanos e materiais.⁴ Ainda, com relação aos recursos humanos, o cuidar em hemodiálise exige ações integradas e alta qualificação dos profissionais que atuam no setor de hemodiálise.⁽¹⁾

A equipe de enfermagem presta cuidados diretos e contínuos aos pacientes em tratamento hemodialítico, seja no pré, trans ou pós diálise. Os cuidados perpassam por preparação, punção de fístula ou manejo do cateter, monitoramento, programação da máquina e montagem do circuito, atenção física e emocional, dentre outros. Para os enfermeiros, além dos cuidados diretos estão as atribuições administrativas, educativas e coordenação da equipe.⁽¹⁾

Norteando o trabalho profissional e o cuidado prestado, a resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE), a serem realizados nos ambientes em que o cuidado profissional ocorre, sejam eles públicos ou privados. A SAE organiza o trabalho profissional no que diz respeito a método, pessoal e instrumentos, viabilizando a operacionalização do processo de enfermagem. Por sua vez, o PE é um instrumento metodológico que orienta o cuidado de Enfermagem e a documentação da assistência.⁽⁴⁻⁶⁾

Embora os profissionais de enfermagem sejam destaque no cuidado em hemodiálise, seu protagonismo diante das múltiplas tarefas não fica tão evidente nas publicações científicas. No cenário nacional, a maioria dos estudos que contemplam a temática "hemodiálise" tem como população os pacientes, pesquisando suas condições, perfil, qualidade de vida e outros aspectos relacionados

ao tratamento, sendo que muitos desses são conduzidos e escritos por enfermeiros. Em nível internacional, a linha de estudos com foco nos pacientes se mantém, contudo, encontram-se também pesquisas onde as atribuições dos enfermeiros em hemodiálise ficam mais evidentes, mesmo que indiretamente, em especial nas que investigam a sobrecarga vivenciada e Síndrome de Burnout.

A rotina e atribuições dos enfermeiros são comumente abordadas em outros locais de estudo (unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico), ao passo em que os enfermeiros que atuam em hemodiálise são negligenciados.⁽⁷⁾ Diante desta lacuna, principalmente no cenário nacional, nos propusemos a abordar a seguinte questão: "O que compõe a rotina do enfermeiro no setor de hemodiálise inserido no âmbito hospitalar?"

O presente estudo objetivou conhecer a rotina do enfermeiro no setor de hemodiálise de um hospital público do Nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Estudo de campo de natureza exploratória e descritiva, abordagem qualitativa.

O estudo foi desenvolvido no setor de hemodiálise de um hospital público localizado em Campina Grande, Paraíba. O setor funciona de segunda a sábado, das 5:00 às 21:00 horas, e conta com dois enfermeiros por dia. Ao total, são quatro enfermeiros que se intercalam de acordo com escala proposta pela unidade hospitalar. São atendidos aproximadamente 150 pacientes por mês, que realizam três sessões de hemodiálise por semana.

A população do estudo foi composta por enfermeiros do setor de hemodiálise. Como critério, foram incluídos enfermeiros do setor de hemodiálise e com atuação superior a seis meses no hospital do estudo. Como critério de exclusão: profissionais afastados da instituição no período da coleta de dados. A amostra foi definida por meio da saturação de dados, que coincidiu com a totalidade de quatro enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada em setembro de 2017, por meio de entrevista individual, com gravação de áudio. Foi utilizado um roteiro semiestruturado, que contemplou aspectos de caracterização profissional e questionamentos para imersão da temática relacionados as atribuições do enfermeiro no setor de hemodiálise, processos de gerenciamento, sistematização da assistência de enfermagem em hemodiálise, dificuldades relacionadas ao setor e possibilidades de enfrentamento diante das dificuldades e intercorrências.

Os dados foram analisados de acordo com a teoria de análise de conteúdo proposta por Bardin.⁸ Na fase de pré-análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra no

programa Microsoft® Word versão 2010 e exportadas para o software de Análise Textual IRaMuTeQ® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Na fase de exploração do material, durante leitura minuciosa, foram atribuídos códigos às palavras e trechos das falas dos participantes, como Enfermeiro 01 até 04 (E 01...E 04). Por fim, foram levantadas as categorias na fase de tratamento dos resultados, que geraram interpretações, discussões e conclusões acerca dos dados.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi realizado respeitando os princípios estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Para o cumprimento dessa normatização, o anonimato foi preservado durante a aplicação da técnica de coleta de dados. O Comitê de Ética em Pesquisa no qual foi submetido a pesquisa foi a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). CAAE 68385717.2.0000.5187.

RESULTADOS

Foram entrevistados enfermeiros com idade entre 30 a 61 anos (média de 41 anos), predominância do sexo feminino (75%). O tempo médio de atuação no setor de hemodiálise foi de oito anos. Todos os enfermeiros receberam treinamento para atuar em hemodiálise, possuem especialização em nefrologia e relatam trabalhar em equipe. A partir da análise dos dados foram estabelecidas cinco categorias temáticas, dispostas a seguir, acompanhadas de depoimentos dos entrevistados.

Atribuições da Enfermagem no setor de hemodiálise

“As nossas atribuições compõem manutenção, reposição de materiais, farmácia hospitalar, tratamento de água, controle mensal e anual dos pacientes, procedimentos técnicos, incluindo punções de fistulas, curativos de cateteres, seguimento das punções mais difíceis, principalmente, os de primeira vez, o enfermeiro é responsável pela escala dos pacientes, das entrevistas em suas primeiras consultas, é o coração da hemodiálise.” (E 01).

“Não somos apenas enfermeiros, somos psicólogos, fisioterapeuta, somos multiuso, encanadores, eletricitas, trazemos eles para as salinhas e escutamos os problemas sociais que são inúmeros. O que fazemos por atribuição é isso, ser um pouco de tudo.” (E 02).

Gerenciamento de enfermagem no serviço de hemodiálise

“O enfermeiro coordena não somente a equipe, como também, tem a responsabilidade de todo o setor.” (E 01).

“Nosso trabalho é importantíssimo, uma hemodiálise sem enfermeiro não funciona, até porque a gente está diariamente com o paciente, sabemos a história de todos os pacientes, desde uma intercorrência a uma internação, fazemos o trabalho burocrático, dar assistência na sala e ainda somos responsáveis pelo material.” (E 03).

“Nós temos a parte burocrática e temos também a parte do cuidado, nós precisamos ficar na sala de Hemodiálise, cuidar do paciente, ver se ele está tendo uma hipoglicemia, se ele está tendo uma hipotensão, nós temos e precisamos estar sempre atentos a isso.” (E 04).

Sistematização da assistência de enfermagem no serviço de hemodiálise

“Apesar da grande importância, tem-se dificuldade de pôr em prática, temos um conceito que colocamos e seguimos, mais ainda não é a SAE que realmente deveria ser utilizada, há uma dificuldade muito grande de praticar a sistematização de assistência de enfermagem.” (E01).

“Cada paciente requer uma forma diferenciada de cuidados, com doenças e morbidades diferentes, que requerem cuidados especializados, separando esses pacientes por riscos, estamos organizando os prontuários para organizar esses pacientes, colocaremos na escala de risco vermelha, para que na diálise seja completamente assistido pela equipe de enfermagem para evitar riscos para estes pacientes, com isso se vê que é de suma importância a SAE.” (E 02).

“Nossos pacientes são de ambulatório, eles fazem o tratamento e voltam pra casa e ficam um dia sim dia não, se a gente for fazer a SAE na hemodiálise não se irá fazer outra coisa, porque temos em média 70 pacientes por dia.” (E 03).

Adversidades e complicações encontradas no setor de hemodiálise

“Sempre vamos nos deparar com algumas limitações, as limitações que encontramos, quando não é do próprio serviço, às vezes a falha do serviço público limita um pouco de fazermos determinadas condutas, mas sempre estamos buscando as contribuições, buscando o melhor da gente” (E 01).

“Paciente renal crônico é um paciente difícil de lidar, primeiro que temos que a condição clínica e a

bioquímica, a ureia alta causa irritabilidade no sistema nervoso e transfere para o comportamento psicológico do paciente, então é um paciente mais difícil, mais irritativo, mais agressivo e nós temos que trabalhar a nossa complacência.” (E 02).

“As principais complicações são os sangramentos, os hematomas, as pirogenias, a embolia que pode ser causado por algum erro da enfermagem, hipotensões, paradas cardiorrespiratórias.” (E 02).

“A principal complicação é com relação ao acesso vascular, eu acho que hoje é o maior problema, quando o paciente não tem mais onde fazer fistula, não tem mais como passar o cateter.” (E 03).

Ações da equipe de enfermagem para minimização dos riscos e possíveis intercorrências

“Trabalhamos para minimizar os riscos, então todo serviço de hemodiálise tem seu protocolo.” (E 01).

“Observação constante, pois a partir do momento que o paciente está na sala, uma intercorrência pequena pode gerar um transtorno gigante, então é isso que temos feito com eles.” (E 02).

“Estamos tentando implantar um checklist pra diminuir os riscos, por exemplo, com relação aos pacientes que tem alergia a alguma medicação colocaríamos isso no prontuário deles; Com relação a higienização das mãos dos funcionários, caímos muito em cima disso: o uso dos EPI'S, da lavagem do braço da fístula, comunica-se muito isso ao paciente. Estamos querendo fazer um planejamento mais baseado num documento em que o próprio paciente tenha esse documento com ele e que fique no prontuário.” (E 03).

“Vigilância, nós temos que viver vigilantes todas as quatro horas que os pacientes estão na máquina, por que a qualquer momento eles podem ter uma hipotensão severa e você precisa estar atento a isso, pra poder corrigir, na hipotensão severa o paciente pode chegar a óbito.” (E 04).

DISCUSSÃO

A capacitação e especialização dos profissionais demonstra o entendimento de que a formação capacita e possibilita uma ampliação do saber e do fazer profissional. No setor de hemodiálise, tal formação é imprescindível diante da complexidade e das particularidades deste ambiente e de seus pacientes. Estudos apontam que altos níveis de experiência do enfermeiro são facilitadores do cuidado e preditores para a qualidade do atendimento prestado.⁽⁹⁻¹¹⁾

Em estudo realizado em uma unidade de hemodiálise no México, foram contabilizadas 37 atividades de enfermagem relacionadas ao cuidado do paciente e manejo da máquina/circuito, sendo 13 atividades realizadas no pré, 15 no trans e nove no pós hemodiálise.⁽¹⁾ Além destas, foram listadas as atividades administrativas, como os registros diários de funcionamento dos equipamentos, da estação de tratamento de água, de produtividade, de intercorrências, solicitação de medicamentos, registro nos prontuários, checagem dos materiais de hemodiálise e outras atividades semanais e mensais. Ainda, o enfermeiro é responsável por atividades educacionais para a equipe, estudantes de enfermagem, pacientes e familiares.⁽¹⁾

Apesar dos entrevistados relatarem trabalhar em equipe, uma das falas demonstrou a falta dos demais profissionais da equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente, o que gera maiores demandas para os enfermeiros. Algumas das alterações comportamentais e emocionais dos pacientes em hemodiálise podem exceder os limites de atuação dos enfermeiros, que muitas vezes não sabem o que fazer ou dizer, mesmo que estejam sempre abertos a ouvir e ajudar.⁽¹⁾ Visando o alcance do cuidado integral, uma equipe multiprofissional experiente e integrada se faz necessária para atender e satisfazer as múltiplas necessidades dos pacientes.⁽⁴⁾

Todavia, a demanda por competências especializadas de outros profissionais é considerada um desafio do trabalho em hemodiálise, visto que nem sempre estão disponíveis e/ou não são exclusivos do setor.¹ Dessa forma, a carga de trabalho dos enfermeiros da hemodiálise somada com a falta de presença e apoio da equipe multidisciplinar são apontadas como barreiras na prestação de cuidados.⁽⁴⁾ Além da sobrecarga, tal demanda pode resultar em estresse e sentimento de incompetência para os enfermeiros, já que pela sua proximidade com os pacientes, esses podem esperar algo além dos limites da profissão.⁽¹⁾

Em contato direto com os pacientes, os enfermeiros são vistos como referência dentro do setor de hemodiálise. Estudos mostram que além da experiência e habilidade em hemodiálise, os pacientes esperam que os enfermeiros sejam gentis, bem humorados e que possam estabelecer relações estreitas, baseadas na proximidade, comunicação, empatia, gentileza e respeito.^(10,11) A presença dos enfermeiros é apontada como importante para que os pacientes se sintam seguros fisicamente e emocionalmente, junto com a qualificação, carinho e preocupação demonstrados.^(12,13)

Constatamos que ao enfermeiro não cabe apenas competência técnica, já que é o responsável por organizar o setor que está inserido quanto à burocracia, organização,

estrutura, pessoal e controle dos serviços prestados. Dessa forma, entre as várias atividades do setor e o tempo dispendido nas tarefas administrativas e tecnológicas, ficar perto e interagir com os pacientes requer um esforço maior por parte dos enfermeiros.⁽¹⁾

Assim como na fala dos entrevistados, a lógica separata entre o cuidado/assistência e as atividades administrativas/gerenciais é recorrente na profissão e dá origem a práticas fragmentadas. Para superá-la é necessário que os enfermeiros desenvolvam pensamento crítico-reflexivo sobre suas ações e atribuições, voltado ao alcance de um cuidado integral, que englobe tanto os cuidados diretos quanto os indiretos.^(14,15)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é imprescindível como ferramenta de organização e planejamento da assistência, sendo apontada como chave para a qualidade do cuidado prestado no setor de hemodiálise.⁽¹⁶⁾ Embora sua relevância e apesar da legislação,⁵ preconizá-la, são muitas as dificuldades para cumprir a SAE. Dentre elas, a falta do conhecimento teórico, do exercício prático, de recursos materiais, humanos e de tempo para sua operacionalização.^(6,17)

Algumas dessas dificuldades quanto a aplicabilidade da SAE, foram evidenciadas entre os participantes do estudo. Contudo, diante das falas, devemos levantar um questionamento acerca do entendimento de SAE para esses enfermeiros. Como não ficou evidente o conceito de SAE, podemos pensar em possibilidades como: desconhecimento do assunto, achando que trata-se de algo muito complexo para ser realizado; existência de equívoco em achar que não é realizada, quando na verdade já se faz presente em sua rotina; dificuldade na diferenciação da Sistematização da Assistência e do Processo de Enfermagem.

A realização do Processo de Enfermagem em sua totalidade não foi evidenciada nas falas dos enfermeiros, o que pode indicar uma prática profissional desvinculada da SAE e do PE, movida por uma rotina mecanizada, sem respaldo científico suficiente.⁽⁶⁾ Prática que deve ser extinta, visto que no âmbito da atenção ao paciente dialítico, além de oferecer subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação das ações, o Processo de Enfermagem contribui para um cuidado integral, humanizado e individualizado.⁽¹⁸⁾ Ainda, a observância de todas as etapas do PE contribuirá para a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

No quesito segurança, a vigilância e a identificação precoce dos eventos adversos têm impacto significativo para a gestão e assistência de enfermagem, sobretudo com a identificação dos fatores associados a esses, o que possibilitará prevenir ou minimizar eventos futuros.⁽¹⁹⁾ Portanto,

compreender as possíveis complicações permite priorizar as ações necessárias durante seus episódios.⁽²⁰⁾

Os pacientes sentem segurança física quando são assistidos por enfermeiros que realizam verificações constantes, quando estão conectados a uma máquina com bom funcionamento e quando não ocorrem complicações. No caso de intercorrências, se sentem seguros quando observam que os enfermeiros conseguem atender rapidamente, manejar a situação adequadamente e solucionar o problema.⁽¹²⁾

No setor de hemodiálise, os enfermeiros podem e devem utilizar ferramentas e instrumentos que norteiem e respaldem sua prática, contribuam para avaliação, monitoramento, intervenção e que ao contrário do que se pensa, otimizam tempo. Os protocolos e checklists, citados pelos entrevistados, são exemplos que, aliados à educação permanente, vão ao encontro de uma assistência sistematizada, de qualidade e segura.^(16,19,21)

O estudo teve como limitações a realização em um único serviço de hemodiálise, o que requer considerar as particularidades do setor, da instituição e da região ao realizar comparações com outros estudos.

Diante da rotina intensa no setor de hemodiálise, o estudo permitiu aos enfermeiros entrevistados momento de pausa para reflexão acerca de sua atuação, relevância e relacionamento com os pacientes. Ainda, destacou a assistência de enfermagem em um setor onde a maioria das pesquisas tem como foco os pacientes, trazendo o reconhecimento para aqueles que são essenciais para o bem-estar desses. Com isso, enfermeiros atuantes em hemodiálise poderão repensar seus processos de trabalho a partir da realidade apresentada.

Para além, os achados aqui descritos permitirão a reflexão de outros enfermeiros, demais profissionais e acadêmicos que, independentemente do cenário de atuação, poderão questionar-se sobre suas práticas, recursos e possibilidades frente às suas rotinas.

CONCLUSÃO

A multiplicidade de atribuições e atividades na rotina de enfermeiros do setor de hemodiálise ficou evidente em nosso estudo. Além de mostrar e reforçar a essencial atuação e o protagonismo do enfermeiro dentro de um setor tão específico e de alta complexidade, tal multiplicidade aponta para a necessidade da equipe multiprofissional no cuidado direto aos pacientes, minimizando a sobrecarga vivenciada pela equipe de enfermagem. Cabe aos enfermeiros a organização e planejamento de sua rotina, de modo a conciliar suas atividades práticas e administrativas em prol da qualidade e segurança do serviço de hemodiálise e da assistência aos

pacientes. A junção, ao invés da fragmentação, é o caminho para a garantia da integralidade do cuidado e para tanto, os profissionais devem buscar/solicitar – respaldados pela legislação – os recursos necessários para a criação e/ou implementação de ferramentas e instrumentos que otimizem seu tempo e potencializem a assistência em hemodiálise. A lacuna revelada acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem e da realização do processo de enfermagem é inquietante, visto que são fundamentais do ser enfermeiro, estão estabelecidas por legislação e dão visibilidade a

profissão. Assim, sugerimos a execução de pesquisas que aprofundem essas temáticas nos setores de hemodiálise, visando resultados que poderão contribuir para mudar e fortalecer o saber e o fazer nos cenários de prática.

Contribuições

Todos os autores contribuíram equitativamente na concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; e na aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Ponce KL, Tejada-Tayabas LM, González YC, Haro OH, Zúñiga ML, Morán AC. El cuidado de enfermería a los enfermos renales en hemodiálisis: desafíos, dilemas y satisfacciones. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03502.
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Censo de diálise revela 40 mil novos acidentes em 2017 no país [Internet]. SBN; 2018 [citado 2020 Jun 21]. Disponível em: <https://arquivos.sbn.org.br/uploads/sbninforma114-2.pdf>
3. Neves PD, Sesso RC, Thomé FS, Lugon JR, Nascimento MM. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. *J Bras Nefrol*. 2020;42(2):191-200.
4. Tejada-Tayabas LM, Partida-Ponce KL, Hernández-Ibarra LE. Cuidado coordinado hospital-hogar para enfermos renales en hemodiálisis desde la perspectiva del personal de enfermeira. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(2):225-33.
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). 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]. Diário Oficial da União. Brasília (DF): COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
6. Silva MC. Sistematização da assistência de enfermagem: desafio para a prática profissional. *Enferm Foco*. 2017;8(3):1.
7. Ling K, Xianxiu W, Xiaowei Z. Analysis of nurses' job burnout and coping strategies in hemodialysis centers. *Medicine*. 2020;99(17):e19951.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Shahdadi H, Rahnama M. Experience of Nurses in Hemodialysis Care: A Phenomenological Study. *J Clin Med*. 2018;7(2):30.
10. Stavropoulou A, Grammatikopoulou MG, Rovithis M, Kyriakidi K, Pylarinou A, Markaki AG. Through the Patients' Eyes: The Experience of End-Stage Renal Disease Patients Concerning the Provided Nursing Care. *Healthcare (Basel)*. 2017;5(3):36.
11. Nobahar M, Tamadon MR. Barriers to and facilitators of care for hemodialysis patients: a qualitative study. *J Renal Inj*. 2016;5(1):39-44.
12. Lovink MH, Kars MC, Man-van Ginkel JM, Schoonhoven L. Patients' experiences of safety during haemodialysis treatment-a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2015;71(10):2374-83.
13. Palmer SC, Berardis G, Craig JC, Tong A, Tonelli M, Pellegrini F, et al. Patient satisfaction with in-centre haemodialysis care: an international survey. *BMJ Open*. 2014;4(5):e005020.
14. Costa MA, Souza VS, Oliveira JL, Teston EF, Matsuda LM. A gestão do cuidado sob a ótica de enfermeiros supervisores. *Rev Rene*. 2017;18(4):476-82.
15. Treviso P, Peres, SC, da Silva AD, dos Santos AA. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Rev Adm Saúde*. 2017;17(69):1-15.
16. Silva CT, Christovam BP. Management care actions in hemodialysis service: integrative review. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015;9(8):8890-8.
17. Manguiera S, Lima J, Costa S, Nóbrega M, Lopes M. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. *Enferm Foco*. 2012;3(3):135-8.
18. Queiroz-Frazão C, Araújo A, Lira A. Implementation of nursing process to the patient submitted to hemodialysis. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(3): 824-30.
19. Lessa SR, Bezerra JN, Barbosa SM, Luz GO, Borba AK. Prevalence and factors associated with the occurrence of adverse events in the hemodialysis service. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):e3830017.
20. Cordeiro AP, Rosseti NL, Duarte LV, Moriya TM, Terçariol CA, Ferreira V. Complicações durante a hemodiálise e a assistência de enfermagem. *Enferm Rev*. 2016;19(2) 247-54.
21. Aguiar L, Guedes M, Oliveira R, Leitão I, Santos Pennafort V, Barros A. Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3):e45609.

ATENDIMENTO AO ADULTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA ESTUDANTES LEIGOS

CARE OF ADULTS AT CARDIORRESPIRATORY STOP: EDUCATIONAL INTERVENTION FOR LAY STUDENTS

ASISTENCIA PARA ADULTOS EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ESTUDIANTES LAICOS

Maria Adriana Oliveira de Sousa¹

Roziane Vieira Mota¹

Aline Costa Gomes¹

Rosângela Nascimento de Lima¹

Samira Gomes de Oliveira¹

Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas¹

(<https://orcid.org/0000-0002-8961-0918>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8107-1200>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2034-9731>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2508-6993>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5699-5874>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9295-1177>)

Descritores

Parada cardíaca; Educação em saúde; Primeiros socorros; Enfermagem

Descriptors

Heart arrest; Health education; First aid; Nursing

Descriptores

Paro cardíaco; Educación en salud; Primeros auxilios; Enfermería

Recebido

15 de Julho de 2020

Aceito

9 de Março de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Maria Adriana Oliveira de Sousa
E-mail: adriana-sousa55@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar o efeito de uma intervenção educativa, no contexto do ensino médio, sobre o tema parada cardiorrespiratória em adultos.

Métodos: Trata-se de um estudo quase-experimental, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa desenvolvido entre fevereiro a novembro de 2019 em uma escola da rede pública do município de Fortaleza, Ceará.

Resultados: Inicialmente foram recrutados 30 estudantes, porém 10 estudantes se encaixavam dentro dos critérios de inclusão, sendo esta a amostra final. Para a realização do estudo foi utilizado um questionário estruturado, de autoria dos pesquisadores, composto por 10 perguntas objetivas. Após a intervenção educativa e análise dos dados, foi obtida uma média de acertos de 7,225 no pós-teste comprovando através dos números a eficiência da educação em saúde realizada, pois inicialmente a média apresentada foi 4,375.

Conclusão: Constatou-se que os estudantes possuíam conhecimento referente ao suporte básico de vida insuficiente, porém com grande capacidade para aprendizagem, sendo a escola um ambiente favorável para práticas educativas sobre a temática.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of an educational intervention, in the context of high school, on the theme cardiorespiratory arrest in adults.

Methods: Quasi-experimental study, before and after, with quantitative approach developed between February and November 2019 in a public school in the city of Fortaleza, Ceará.

Results: Initially, 30 students were recruited, but 10 met the inclusion criteria, which was the final sample. To carry out the study, a structured questionnaire was used, authored by the researchers, composed of 10 objective questions. After the educational intervention and data analysis, an average of 7,225 correct answers were obtained in the post-test, proving through the numbers the efficiency of health education performed, since initially the average presented was 4,375.

Conclusion: It was found that the students had knowledge related to insufficient basic life support, but with great learning capacity, and the school was a favorable environment for educational practices on the subject.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención educativa, en el contexto de la escuela secundaria, sobre el tema del paro cardiorrespiratorio en adultos.

Métodos: Estudio cuasiexperimental, antes y después, con un enfoque cuantitativo desarrollado entre febrero y noviembre de 2019 en una escuela pública de la ciudad de Fortaleza, Ceará.

Resultados: Inicialmente, se reclutaron 30 estudiantes, pero 10 cumplieron con los criterios de inclusión, que fue la muestra final. Para llevar a cabo el estudio, se utilizó un cuestionario estructurado, escrito por los investigadores, compuesto por 10 preguntas objetivas. Luego de la intervención educativa y el análisis de datos, se obtuvo un promedio de 7,225 respuestas correctas en la prueba posterior, demostrando a través de los números la eficiencia de la educación en salud realizada, ya que inicialmente el promedio presentado fue de 4,375.

Conclusión: Se encontró que los estudiantes tenían conocimientos relacionados con un apoyo básico insuficiente para la vida, pero con una gran capacidad de aprendizaje, y la escuela era un ambiente favorable para las prácticas educativas sobre el tema.

¹Centro Universitário Maurício de Nassau, Fortaleza, CE, Brasil.

Como citar:

Sousa MA, Mota RV, Gomes AC, Lima RN, Oliveira SG, Freitas RW. Atendimento ao adulto em parada cardiorrespiratória: intervenção educativa para estudantes leigos. *Enferm Foco*. 2021;12(2):360-4.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4183

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a suspensão súbita da circulação e da atividade ventilatória de um indivíduo.

⁽¹⁾ Existem três fases diferentes da PCR: fase elétrica, definida como os primeiros 4 a 5 minutos, sendo importante a realização de compressões torácicas de qualidade por alguém treinado e com capacidade para executar as manobras; fase hemodinâmica, que compreende o período de 4 a 10 minutos após o episódio, necessitando da desfibrilação precoce; e fase metabólica, caracterizada por ausência de pulso por um tempo superior a 10 minutos, diminuindo consideravelmente as chances de sobrevivência da vítima.⁽²⁾

No Brasil, estima-se que ocorram cerca de 200 mil eventos de parada cardiorrespiratória anualmente.³ No século passado, a parada cardiorrespiratória era sinônimo de morte devido ao baixo conhecimento sobre o assunto, tendo uma sobrevivência de aproximadamente 2% da população. Atualmente, com qualificação adequada, a sobrevivência chega a 70%.⁽¹⁾

A *American Heart Association* (AHA)⁽²⁾ vem publicando atualizações sobre Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) desde 1974. Em sua atualização mais recente em coadjuvação, com a *International Liaison Committee on Resuscitation* (LCOR), indicou as modificações fundamentais para uma melhor assistência ao paciente. Entre as recomendações há: presenciar o episódio de parada; certificar-se de que a cena está segura; confirmar a falta de resposta através do estímulo tátil e ausência de pulso carotídeo, em caso de vítima não responsiva, acionar o serviço médico especializado; e dar início às compressões torácicas até a chegada do desfibrilador externo automático (DEA).⁽²⁾

A velocidade recomendada para as compressões torácicas é de 100 a 120 por minuto, sendo necessária uma profundidade de pelo menos 5 cm, não ultrapassando 6 cm. Além disso, é de razoável importância que a respiração do paciente também seja avaliada e, caso esteja ausente ou anormal, que se considere a possibilidade de realização de manobras ventilatórias atentando para o princípio primordial da RCP: não retardar o início das compressões torácicas, minimizando as interrupções e permitindo o retorno completo do tórax.⁽²⁾ Em se tratando do uso do DEA, é necessário que o leigo tenha conhecimentos mínimos sobre anatomia para a colocação dos eletrodos. Relacionado ao uso do choque, o próprio DEA determinará em quais situações a vítima necessitará do mesmo, sendo a fibrilação ventricular (FV) e a taquicardia ventricular sem pulso (TV) os únicos ritmos chocáveis identificados pelo DEA.^(3,4)

Diante de tais informações, intervenções educativas para capacitar pessoas leigas no atendimento a PCR são de suma importância, uma vez que reduz a perda de tempo, fazendo com

que a relação tempo e preservação das funções vitais não seja um fator contribuinte para a mortalidade da vítima.⁽⁵⁾ Ademais, a atuação da enfermagem em práticas educacionais proporciona o acesso ao conhecimento sobre a necessidade de cada indivíduo e, aliada ao papel formador das escolas, a atuação favorece o aprendizado e potencializa a assistência executada por estudantes leigos em ambiente extra-hospitalar.^(6,7)

Portanto, o atendimento à vítima em parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar necessita de rapidez, eficiência e habilidade técnica, a fim de que se possa prevenir mortes e problemas resultantes da falta de assistência ou de erros com a mesma.⁽⁸⁾ É pertinente ainda comentar que é indispensável o treinamento de estudantes leigos para a assistência durante PCR em ambiente extra-hospitalar. Dessa forma, objetivou-se avaliar o efeito de uma intervenção educativa, no contexto do ensino médio, sobre o tema parada cardiorrespiratória em adultos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quase-experimental, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa. Os métodos quase-experimentais consistem em uma categoria de estudos de caráter empírico que se diferenciam das características experimentais devido à ausência de controle completo e aleatoriedade na seleção de grupos, testando hipóteses e eliminando variáveis, levantando questionamentos para estudos futuros.⁽⁹⁾ A pesquisa quantitativa explora variáveis numéricas como porcentagens, dados epidemiológicos e requer um levantamento estatístico.⁽¹⁰⁾

O estudo foi realizado em uma escola da rede pública, situada na região metropolitana do município de Fortaleza/Ceará. A escola foi escolhida devido ao seu fácil acesso.

Inicialmente, 30 estudantes foram recrutados, porém 10 participantes se encaixaram nos critérios de inclusão e finalizaram todas as etapas do estudo, sendo essa a amostra final. Os critérios de inclusão foram: alunos matriculados no segundo ano do ensino médio, de ambos os sexos, que estivessem frequentando às aulas. Os critérios de exclusão foram: alunos com deficiências mentais e/ou motoras que os impossibilitassem responder ao questionário.

Para a realização do estudo, foi elaborado um questionário estruturado no período de Fevereiro a Novembro de 2019, com questões sociodemográficas (idade, sexo, número de pessoas no domicílio, estado civil, filhos), questões relacionadas ao atendimento extra-hospitalar em parada cardiorrespiratória para leigos (conhecimentos prévios sobre PCR, conhecimento sobre a cadeia de sobrevivência, localização de pulso e característica das manobras), tendo como referência as diretrizes da *American Heart*

Association (2015),² com o objetivo de comparar os resultados obtidos no pré-teste e no pós-teste.

Inicialmente, os estudantes foram orientados a responderem o questionário em um tempo estipulado de 15 minutos. Em uma segunda etapa, foram submetidos a um treinamento teórico-prático sobre o suporte básico de vida e RCP aplicado por duas estudantes de enfermagem. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto a conceitos como: cadeia de sobrevivência; fundamentos teóricos do suporte básico de vida; execução correta da RCP enfatizando a importância da realização das compressões torácicas em quantidade e profundidade adequada; além da utilização correta do desfibrilador externo automático (DEA).

Após a conclusão da etapa comentada, iniciou-se a parte prática com a utilização de manequins, etapa em que os alunos tiveram a oportunidade de executar os conhecimentos adquiridos durante o treinamento teórico. Para finalizar o estudo, houve a aplicação do pós-teste para comparar o nível de aprendizagem dos estudantes sobre o conhecimento transmitido. O pós-teste foi composto de perguntas sobre RCP e as condutas ideais a serem tomadas diante de um caso de vítima de PCR. Para cada pergunta era atribuída um escore de 1,0 ponto.

Os dados coletados foram digitados em planilhas do Excel e quantificados em porcentagens de acordo com cada critério do questionário estruturado elaborado pelas autoras e exibidas por meio de gráficos.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará através da Plataforma Brasil recebendo o parecer favorável com CAEE: 26418919.5.0000.50038. Os estudantes que aceitaram participar assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no entanto, aqueles menores de idade receberam o Termo de Assentimento e um TCLE adicional para a autorização de sua participação pelos responsáveis legais. A escola autorizou a realização da pesquisa por meio da assinatura da Carta de Anuência.

RESULTADOS

Participaram do estudo 10 estudantes. Dentre esses, houve um predomínio das meninas (n=6). A média de idade encontrada foi de 18 anos e a cor autorreferida que prevaleceu foi a parda (n=5). Como dito anteriormente quanto aos materiais e métodos, 10 perguntas foram feitas com os estudantes. Tais perguntas, elaboradas com base na literatura pertinente ao tema, foram aplicadas em dois momentos (pré e pós-teste). O pré e o pós-teste foram compostos por perguntas relacionadas a RCP e as condutas ideais a serem tomadas diante de um caso de vítima de PCR. Para melhor esclarecimento, as temáticas tratadas foram referentes à

cadeia de sobrevivência no âmbito pré-hospitalar, o reconhecimento de uma parada, a localização correta da compressão, a quantidade e profundidade das compressões, os órgãos mais sensíveis a falta de oxigênio, a relação de compressão e ventilação, os cuidados durante a realização da PCR, como agir após a desfibrilação, a utilização da naloxona e por fim, as situações de acionamento do SAMU. Cada uma das perguntas possuía escore de 1,0 ponto. A distribuição dos percentuais de acertos e erros no pré-teste com os estudantes avaliados está descrita na figura 1.

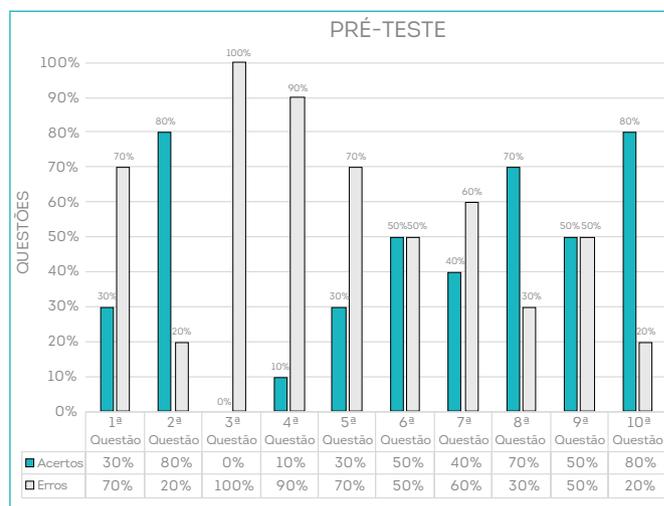


Figura 1. Distribuição dos percentuais de acertos e erros no pré-teste com os estudantes avaliados (n=10)

Pode-se perceber, claramente, que as perguntas que tiveram maiores acertos foram: 2ª, 8ª e 10ª questão. Entretanto, as questões 3ª e 4ª foram as que obtiveram maiores percentuais de erros. Dando seguimento, após a intervenção realizada, podemos observar os escores obtidos pelos alunos, conforme descrito na figura 2.

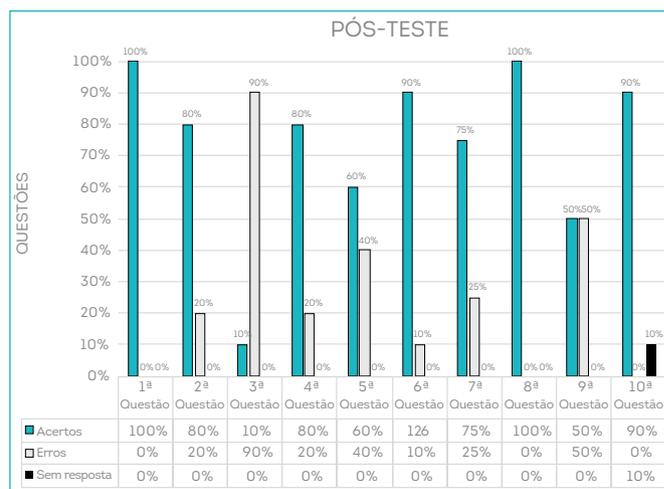


Figura 2. Distribuição dos percentuais de acertos e erros no pós-teste com os estudantes avaliados (n=10)

O pós-teste demonstra claramente que houve melhora no percentual de acertos entre os estudantes, principalmente nas questões 1º, 4º, 5º, 6º, 8º. No entanto, não houve modificação nos percentuais das questões 2º e 9º. De uma forma geral, destaca-se que a média obtida (escores) no pré-teste foi de 4,375 e no pós-teste foi de 7,225. Tais dados conseguem demonstrar que o treinamento obteve resultado positivo no que se refere ao conhecimento e acertos para as perguntas realizadas.

DISCUSSÃO

O reconhecimento de uma PCR e a realização de uma reanimação cardiopulmonar de qualidade nos primeiros minutos de atendimento à vítima é fator importante para a sobrevivência do indivíduo.^(5,7) Desta maneira, a presença de um leigo treinado possibilita uma intervenção em tempo hábil e com eficácia para que sequelas decorrentes de um mal atendimento sejam reduzidas ou evitadas.

É necessário ainda que a população leiga tenha acesso às informações sobre a cadeia de sobrevivência. O impulso em ajudar sem conhecimento prévio pode fazer com que se perca tempo quando se pensa qual o próximo passo a ser seguido, o que pode ocasionar danos irreversíveis, principalmente nos órgãos mais sensíveis à falta de oxigenação, como cérebro e coração.⁽¹¹⁾

O ensino sobre suporte básico de vida, iniciado no período escolar, fornece uma troca de experiências com a criança, tornando-se um instrumento importante para a diminuição da morbimortalidade decorrente da falha ou desconhecimento sobre o assunto e ainda do despreparo do socorrista frente à situação de emergência.⁽¹²⁾ A associação dos primeiros socorros na grade curricular das escolas públicas e privadas contribui para a capacitação e o conhecimento dos alunos na realização de procedimentos de suporte básico à vida, atenuando os agravos e números de óbitos em situações de emergência.⁽¹³⁾

Nesta pesquisa, 100% dos participantes e, após a intervenção educativa, 90% demonstraram não possuir conhecimento sobre a localização correta das manobras de RCP, o que "Baptista *et al.* (2015)"⁽¹⁴⁾ afirma ser decorrente do ensino da Anatomia Humana estar mais concentrado no nível universitário, havendo menor atenção dos pesquisadores no ensino básico, acarretando dificuldades de localização de órgãos e estruturas do corpo.

A facilidade de adquirir opioides por meio de analgésicos vendidos em farmácias para adolescentes, evidencia o conhecimento de 50% dos participantes sobre a questão avaliada sobre o uso de naloxona como antagonista de opioide.

⁽¹⁵⁾ Após a realização do pós-teste, as taxas de acertos sobre

a questão relacionada aos órgãos mais sensíveis a falta de oxigenação permaneceram insatisfatória, o que acarretaria, segundo estudo, possíveis danos irreversíveis decorrentes de procedimentos desnecessários por falta de conhecimento sobre a importância do controle do tempo para se manter as funções vitais dos órgãos nobres. As demais questões avaliadas obtiveram um percentual de acertos satisfatório comparando-se o resultado do pré-teste e pós-teste, comprovando o êxito da intervenção educativa.⁽¹¹⁾

Constituiu-se como limitação a amostra pequena, além de ser localizada em uma única instituição.

Os resultados dessa pesquisa são importantes para demonstrar a relevância desta temática, além de incentivar o surgimento de novos estudos direcionados à promoção da educação em saúde dos adolescentes nas escolas, principalmente relacionados aos primeiros socorros, visto que esse conhecimento contribui para diminuir os índices de mortalidade e difundir conhecimentos.

CONCLUSÃO

Pelos resultados da pesquisa, constatou-se que os estudantes possuem conhecimentos insuficientes sobre suporte básico de vida e sobre parada cardiorrespiratória, comprometendo a assistência à vítima em caso de uma emergência pré-hospitalar. Tal constatação se deu diante do escore obtido no pré-teste. O presente estudo proporcionou aos participantes uma experiência teórica e prática sobre as etapas da cadeia de sobrevivência e sua importância para a recuperação da vítima. Na fase inicial, quando foi aplicado o pré-teste para avaliação do conhecimento, obteve-se uma média de acertos de 4,375 e após a intervenção educativa esse valor aumentou para 7,225, concluindo-se então que os estudantes adquiriram significativo aprendizado sobre os conteúdos que foram abordados. Conclui-se que a escola deve estar trabalhando em sala de aula com a temática em questão, de modo que se possa melhorar e aperfeiçoar o conhecimento dos estudantes para que possam agir diante de situações inesperadas. Assim sendo, a enfermagem pode estar atuando diretamente na conjuntura, sendo o elo para os treinamentos.

Contribuições

Maria Adriana Oliveira de Sousa: 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). Roziane Vieira Mota: 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).Aline Costa Gomes: 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).Rosângela Nascimento de 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).Samira Gomes de Oliveira: 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).Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada).

REFERÊNCIAS

1. Diaz FB, Novais ME, Alves KR, Cortes LP, Moreira TR. Conhecimento dos enfermeiros sobre o novo protocolo de ressuscitação cardiopulmonar. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2017;7:e1822.
2. Callaway CW, Donnino MW, Fink EL, Geocadin RG, Golan E, Kern KB, et al. Part 8: post-cardiac arrest care: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation.* 2015;132(18):465-82.
3. Zandomenighi RC, Martins EA. Análise epidemiológica dos atendimentos de parada cardiorrespiratória. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(7):1912-22.
4. Miyadahira AM, Quilici AP, Martins CD, Araújo GL, Pelliciotti JD. Ressuscitação cardiopulmonar com a utilização do desfibrilador externo semiautomático: avaliação do processo ensino-aprendizagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(3):532-8.
5. Pergola AM, Araujo IE. O leigo em situação de emergência. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(4):769-76.
6. Galindo Neto NM, Caetano JÁ, Barros LM, Silva TM, Vasconcelos EM. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(1):87-93.
7. Barros FR, Luiz Neto M. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimento do enfermeiro baseado nas diretrizes da American Heart Association 2015. *Enferm Foco.* 2018;9(3):8-12.
8. Coelho GM, Abib SD, Lima KS, Mendes RN, Santos RA, Barros AG. Educação permanente em saúde: experiência dos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm Foco.* 2013;4(3/4):161-3.
9. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching.* EUA: Houghton Mifflin Company; 1963.
10. Fontelles J, Simões MG, Farias SH, Fontelles RG. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Rev Para Med.* 2009;23(3):1-8.
11. Veiga VC, Carvalho JC, Amaya LE, Gentile JK, Rojas SS. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. *Rev Bras Clin Med.* 2013;1(3):258-62.
12. Dallacosta FM, Dorini D, Rosa LA. Reanimação cardiopulmonar: experiência no treinamento em escolas. *Cataventos.* 2013; 9(1):29-39.
13. Chaves AF, Muniz PH, Lima LC, Morais HC, Holanda RE, Lopes BB. Reanimação cardiopulmonar nas escolas: avaliação de estratégia educativa. *Rev Expr Catól (Online).* 2018;2(1):65-72.
14. Batista VI, Lima JD, Medeiros LM, Scardua A, Baptista JD. Concepções sobre anatomia humana de alunos do ensino médio da cidade de Cuité-PB: funções e relações com cotidiano. *Rev Bras Pesqui Educ Ciênc.* 2015;15(1): 59-78.
15. Mattos Junior AP, Saliba AS, Lourenço LO, Gouvêa CM. Minicurso com roda de conversa como estratégia didática sobre opioides: relato de experiência. *Ext Foco.* 2019;19:104-114.

O LÚDICO COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

LUDIC AS THERAPEUTIC RESOURCE IN THE TREATMENT OF HOSPITALIZED CHILDREN: PERCEPTION OF NURSES

LUDIC COMO RECURSO TERAPÊUTICO EM EL TRATAMIENTO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS: PERCEPCIÓN DE ENFERMEIRAS

Jocelle de Araújo Silva¹

Elisangela Braga de Azevedo¹

Josefa Cristina Gomes Barbosa¹

Maria Karoline Santos Lima¹

Anajás da Silva Cardoso Cantalice²

Millena Cavalcanti Ramalho¹

Hevillyn Cecília Ventura Barbosa¹

(<https://orcid.org/0000-0001-8935-8946>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9529-0316>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4419-4252>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7177-8950>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4709-2294>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9831-4977>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2299-9869>)

Descritores

Criança hospitalizada; Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Ludicidade; Humanização da assistência hospitalar

Descriptors

Child hospitalized; Nursing; Nursing care; Playfulness; Humanization of hospital assistance

Descriptores

Niño hospitalizado; Enfermería; Cuidado de enfermería; Alegria; Humanización de la asistencia hospitalaria

Recebido

29 de Agosto de 2020

Aceito

16 de Junho de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Josefa Cristina Gomes Barbosa
E-mail: cristinabarbosa270@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever a percepção dos enfermeiros quanto ao uso do lúdico como recurso terapêutico no tratamento de crianças hospitalizadas.

Métodos: Pesquisa exploratória, descritiva e qualitativa, realizada na ala pediátrica de um Hospital de Urgência e Emergência da Paraíba/Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo.

Resultados: Participaram dez enfermeiras que atuam no referido setor. Emergiram duas categorias temáticas: "Concepção dos enfermeiros sobre o lúdico como recurso terapêutico" e "Benefícios e desafios do lúdico como recurso terapêutico".

Conclusão: Confirmou-se que os enfermeiros possuem uma concepção positiva sobre a relevância e os vários benefícios da inserção do lúdico no ambiente hospitalar pediátrico.

ABSTRACT

Objective: To describe the nurses' perception regarding the use of playfulness as a therapeutic resource in the treatment of hospitalized children.

Methods: Exploratory, descriptive and qualitative research, carried out in the pediatric ward of an Urgency and Emergency Hospital in Paraíba/Brazil. Data were collected through semi-structured interviews and were analyzed using the content analysis technique.

Results: Ten nurses who work in that sector participated. Tho thematic categories emerged: "Nurses conception of play as a therapeutic resource" and "Benefits and challenges of play as a therapeutic resource".

Conclusion: It was confirmed that nurses have a positive view on the relevance and the various benefits of inserting playfulness in the pediatric hospital environment.

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción de las enfermeras sobre el uso de la alegría como recurso terapéutico en el tratamiento de niños hospitalizados.

Métodos: Investigación exploratoria, descriptiva y cualitativa, realizada em la sala de pediatria de um Hospital de Urgencias y Emergencias de Paraíba/ Brasil. Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido.

Resultados: Participaron diez enfermeiras que laboran em ese sector. Surgieron dos categorias temáticas: "Concepción de las enfermeiras del juego como recurso tera'péutico" y "Beneficios y desafíos del juego como recurso terapéutico".

Conclusión: Se confirmó que los enfermeiros tienen una visión positiva sobre la relevância y los diversos beneficios de insertar la alegría em el ámbito hospitalario pediátrico.

¹Centro Universitário, Campina Grande, PB, Brasil.

²Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil.

Como citar:

Silva JA, Azevedo EB, Barbosa JC, Lima MK, Cantalice AS, Ramalho MC, et al. O lúdico como recurso terapêutico no tratamento de crianças hospitalizadas: percepção dos enfermeiros. *Enferm Foco*. 2021;12(2):365-71.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4358

INTRODUÇÃO

A hospitalização na vida do ser humano é entendida como uma situação desconfortável, tendo em vista que envolve diversos aspectos, como a deterioração das condições de saúde e as mudanças na rotina diária, incluindo ainda o distanciamento no âmbito familiar e social. Essas circunstâncias, quando voltadas para o público infantil, ganham maiores proporções, pois algumas alterações podem ser desencadeadas, sejam elas no desenvolvimento da criança ou consequências que se estendam por toda a vida do indivíduo.⁽¹⁾

Existem vários métodos que contribuem para a transformação do ambiente hospitalar em um local mais agradável e menos assustador, dentre elas, destaca-se o uso do lúdico. Entendido como um adjetivo que se relaciona com a natureza do brincar, tal prática promove uma maior adaptação da criança no meio em questão, favorecendo a demonstração de sentimentos e contribuindo para seu processo de recuperação associado ao tratamento clínico estabelecido.⁽²⁾

O cuidado lúdico dispõe de diversas atividades, estando relacionadas com o lazer, brincadeiras, jogos, música, diálogo, dança, entre outros, fazendo-se necessário que esse cuidado permeie toda a assistência prestada à criança hospitalizada, não havendo um momento único e específico para a utilização desses recursos.^(3,4) Essa atividade é vista como um recurso terapêutico facilitador, tendo em vista que o brincar faz parte da infância, proporciona benefícios para a criança e maior adesão a terapêutica.⁽⁵⁾

Frente a essas necessidades, de acordo com a lei nº 11.104, sancionada em 2005, torna-se obrigação dos hospitais brasileiros que ofertam serviço pediátrico, a inserção da brinquedoteca em suas dependências, sendo constituídas por áreas que disponham de brinquedos, jogos e outras atividades voltadas às crianças e seus acompanhantes.⁽²⁾

As brinquedotecas na vida de crianças hospitalizadas têm um papel vultoso, pois oferecem um espaço para a realização de diversas brincadeiras e instigam o seu imaginário, contribuindo assim no enfrentamento de algumas questões, como o isolamento, ou até mesmo a doença e suas formas de tratamento.⁽⁶⁾

O brinquedo representa um recurso relevante pelo seu caráter terapêutico e contribui para a estabilização física e emocional da criança, tornando a hospitalização um processo menos doloroso e proporcionando avanços na sua reabilitação.⁽³⁾ Todavia, ainda que a literatura aponte inúmeras vantagens do brincar no ambiente hospitalar, a técnica ainda é posta em prática de forma deficitária em virtude de diversas dificuldades relatadas pelos profissionais de

saúde, com enfoque no despreparo para tal função e o pouco tempo disponibilizado para se dedicarem a determinada abordagem.⁽⁷⁾

Ainda, nessa perspectiva, é possível compreender que a não valorização do uso do brinquedo está relacionada a percepção que alguns profissionais têm de que o hospital não é local para brincadeiras, dessa forma, a equipe não desenvolve essa estratégia, dificultando a aquisição de brinquedos e a utilização dos mesmos.⁽⁸⁾ No entanto, para que o enfermeiro inclua essa prática em sua rotina, faz-se necessário que o mesmo tenha conhecimento teórico no que diz respeito ao brincar como necessidade básica da criança, além de desenvolver habilidades para o seu uso.⁽⁹⁾

Face ao exposto e entendendo que o lúdico se mostra como ferramenta terapêutica no processo de hospitalização e no vínculo entre a criança e a equipe de enfermagem, emergiu o seguinte questionamento: qual a percepção dos enfermeiros quanto ao uso do lúdico como recurso terapêutico no tratamento de crianças hospitalizadas?

Nessa direção, essa investigação tem como objetivo: descrever a percepção dos enfermeiros quanto ao uso do lúdico como recurso terapêutico no tratamento de crianças hospitalizadas.

MÉTODOS

Pesquisa descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

O universo de profissionais enfermeiros cadastrados no setor no período da coleta de dados era de treze. Porém, um tratava-se do coordenador do setor, um estava de férias e o outro de atestado médico, sendo assim, a amostra foi constituída por dez enfermeiras que atuam na ala pediátrica. Considerou-se os seguintes critérios de inclusão: estarem como enfermeiras assistenciais da ala pediátrica; executarem suas atividades assistenciais no setor há mais de um mês; serem diaristas (plantões de 6 ou 8hs diurno) e/ou plantonistas (plantões de 24hs). Foram excluídos: enfermeiras que estavam de férias ou atestado médico; gerente e coordenador de enfermagem do setor.

O estudo foi realizado na ala pediátrica de um Hospital Regional de Emergência e Trauma de um Município Paraibano.

A coleta de dados ocorreu no mês de março de 2018, de forma individualizada, no horário disponível das enfermeiras, em local apropriado do serviço, a fim de proporcionar privacidade. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, no qual constavam, as seguintes perguntas: O que você entende por lúdico? Você acha que brincar ajuda a criança no tratamento da doença? É possível observar

mudanças no padrão de comportamento dessa criança após a brincadeira? Quais os benefícios do lúdico no processo de hospitalização da criança? Quais os fatores que facilitam, os que dificultam e os desafios que você enfrenta para o desenvolvimento de práticas lúdicas no referido setor? A coleta foi realizada pela pesquisadora principal e por sua orientadora com a ajuda de um gravador de áudio mp4 e obteve um tempo médio por entrevistado de 30 min.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo do tipo categorial temática de Laurence Bardin, seguindo as etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁽¹⁰⁾

A primeira etapa (pré-análise), foi realizado a seleção do material, elaborando critérios facilitadores para compreensão e interpretação dos dados. A partir da leitura flutuante do material de campo, houve a constituição do corpus, que por meio da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, teve validade qualitativa, estudando o instrumento em sua totalidade. Na segunda etapa (exploração do material), houve a transformação em categorias temáticas, através do recorte de expressões pertinentes para a pesquisa, codificação desse material e a agregação dos dados de acordo com a especificidade dos temas. Por fim, na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos foram interpretados, propiciando que as informações alcançadas pelos discursos fossem colocadas em destaque através de categorias e subcategorias.

Os dados foram agrupados conforme pertinência e homogeneidade e apresentados em categorias temáticas, permitindo a discussão dos resultados encontrados. Logo, emergiram duas categorias temáticas: 1. Percepção dos enfermeiros sobre o lúdico como recurso terapêutico; 2. Benefícios e desafios do lúdico como recurso terapêutico.

A pesquisa seguiu a recomendação da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que rege os aspectos éticos legais da pesquisa envolvendo seres humanos. Tendo sido aprovado em 07 de fevereiro de 2018 sob o número CAAE: 82275318.0.0000.5175. Com o intuito de manter o anonimato, os entrevistados receberam nomes de flores e seguiram de acordo com a ordem sequencial da entrevista. Exemplo: Bromélia, Dália, Girassol, Hortênciã, etc.

RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 10 enfermeiras com idade entre 26 e 54 anos, todas do sexo feminino, sendo caracterizadas com o pseudônimo de flores e de acordo com o tempo de permanência no serviço. Dentre os dez entrevistados, cinco fazem parte do serviço há mais de 5 anos, Dália, Jasmim,

Hortênciã, Lírio e Rosa, dois entre 2 a 5 anos, Bromélia e Tulipa, dois entre 6 meses à 2 anos, Íris e Orquídea, e 1 há mais de 30 dias, Girassol. Foi possível identificar a concepção acerca do lúdico e os principais benefícios e dificuldades encontradas como recurso terapêutico, agrupados em categorias e distribuídos a seguir:

Categoria 1. Percepção dos enfermeiros sobre o lúdico como recurso terapêutico

Diante de um desenvolvimento infantil adequado, o lúdico exerce a função de facilitador para a estimulação do imaginário e contribui para a formação de fantasias da criança, estabelecendo uma conexão entre o mundo real e o ilusório. Nessa perspectiva, os entrevistados enfatizaram:

Lúdico é algo que remete à infância, [...] ao imaginário, [...] da fantasia, do brincar, do imaginar, [é uma forma] levar um pouco do mundo, entrar um pouco no mundo deles (risos) [...]. (DÁLIA)

Por outro lado, outros entrevistados fizeram inferência à prática do lúdico no ambiente hospitalar como aquela que possibilita a diversão e o entretenimento da criança, conforme indicam os depoimentos adiante:

Bom, o lúdico é um meio de entretenimento para as crianças [...] e elas gostam muito. [...], tem os joguinhos, tem TV, tem filmes, tem tudo pra eles brincarem [...]. (JASMIM)

Tudo que envolva uma percepção pra criança, que faça ela compreender melhor o mundo, por exemplo, bonecos, brincadeiras, quebra-cabeça, objetos que possam transferir a realidade através de uma brincadeira pra criança entender melhor certas situações que ela pode passar. (TULIPA)

Diante do exposto, percebeu-se que o lúdico segundo a concepção dos entrevistados, é entendido como estratégia que favorece a distração e o divertimento da criança no contexto em que está inserida, fazendo com que a mesma se desligue de vivências desagradáveis, através de brincadeiras, jogos e objetos que tenham representatividade para ela. Além disso, a citada prática possibilita que a criança desenvolva sua criatividade por meio de estímulos, seja ele motor ou perceptivo. Adiante, o entrevistado reforça essa discussão:

Bem, a gente sabe que o lúdico hoje são formas que se usam para tanto desenvolver a questão da

criatividade da criança, como também fazer com que ela se torne [...] mais envolvida [...]. Se for uma peça de teatro, que ela se envolva, [...] livro infantil, que ela se envolva na história e se for brinquedo educativo, que ela desenvolva a criatividade [...]. O lúdico é o desenvolvimento da criança em termos perceptivos, [...] estimulante, [...] motor, criativo. (BROMÉLIA)

No que diz respeito à utilização de recursos lúdicos, o desenvolvimento da criatividade se confere como um resultado bastante positivo, pois estimula o indivíduo a perceber o mundo de uma maneira mais simples e torna-o mais envolvido em questões mais complexas, como a interação hospitalar.

Categoria 2. Benefícios e desafios do lúdico como recurso terapêutico

A inserção do lúdico como recurso terapêutico no ambiente hospitalar proporciona à criança hospitalizada diversos benefícios, e a redução do estresse mostrou-se com um fator bastante pertinente perante o discurso dos entrevistados:

Bom, eu acho que o que mais ajuda é porque [...] eles ficam menos estressados e bem tranquilos [...]. (JASMIM)

Nessa direção, o lúdico interfere de forma positiva no que concerne aos efeitos estressores que o processo de hospitalização ocasiona ao indivíduo, promovendo bem-estar e tranquilidade diante da utilização de brincadeiras. Outros entrevistados associaram o lúdico como um recurso facilitador para a recuperação da criança, conforme mostram os depoimentos a seguir:

Principalmente a reabilitação, porque tem criança que não levanta porque não tem vontade de levantar ou sente dor, mas quando tem a informação de que ela vai brincar, [...] ela sente vontade de voltar a viver, [...] ela melhora consideravelmente. (TULIPA)

Elas ficam mais alegres, aceitam mais o ambiente hospitalar, [...] e até no tratamento eu acho que melhora também. (ROSA)

A prática do lúdico foi citada também como uma ação que possibilita uma maior aceitação da criança no que se refere aos procedimentos que devem ser realizados:

[...] a criança de certa forma tem uma aceitação melhor em algumas terapias que vão ser aplicadas, [...]

as vezes quando eu vou fazer um curativo, o simples encher de uma luva e fazer uma bola, pegar uma caneta e desenhar um boneco ali, a criança já se distrai, você consegue fazer aquele curativo de uma maneira que não seja tão traumática [...]. (DÁLIA)

Uma das vantagens para que haja a execução de práticas lúdicas no ambiente hospitalar é a existência do espaço da brinquedoteca no serviço. A seguir, os entrevistados enfatizam essa discussão:

Uma coisa que facilita é o fato de já ter a brinquedoteca aqui mesmo na ala, [...] tem muitas doações que acontecem de brinquedos [...] no dia das crianças, natal, essas datas comemorativas [...]. (DÁLIA)

Existem profissionais aqui nessa instituição que são responsáveis justamente por isso e tem um local que tem brinquedos [...] pra que esses profissionais possam interagir com essas crianças, [...] então isso é uma forma de entretenimento. (ÍRIS)

No decorrer das entrevistas, percebeu-se que os profissionais também apresentam inúmeras dificuldades para desenvolver a prática do lúdico no serviço, dentre elas está a impossibilidade de a equipe de enfermagem atuar junto aos demais profissionais. Os discursos adiante inferem essa discussão:

[...] aqui esse espaço não é tão direcionado à gente enquanto profissional da equipe de enfermagem, [...] quem fica à frente disso é a psicologia, [...] a gente não tem a liberdade de oferecer, [...] eu acho que limita um pouco a nossa oferta enquanto processo lúdico terapêutico. (BROMÉLIA)

Além disso, os discursos elucidam ainda, que a utilização do lúdico como recurso terapêutico não se configura como uma atribuição voltada à classe da enfermagem propriamente dita, e sim à psicologia, limitando assim a atuação do enfermeiro enquanto facilitador dessas práticas no serviço. Dentre as dificuldades citadas pelos entrevistados, o horário de abertura da brinquedoteca foi citado adiante:

[...] a brinquedoteca e ela só é aberta à tarde, no final da tarde, então os pacientes não tem um acesso aberto, livre, eles vão pra lá no horário determinado, que a psicóloga vem e abre [...]. (GIRASSOL)

[...] talvez se pudesse ter um profissional 24hrs que na hora que eles quisessem ir tivesse lá à disposição [...]. (LÍRIO)

Frente a esse contexto, o horário preconizado para a abertura da brinquedoteca se caracteriza como um fator agravante que impossibilita o acesso livre para as crianças, limitando-as muitas vezes de brincar quando sentem vontade, gerando ansiedade e expectativas que poderiam ser evitadas caso a mesma fosse aberta por um período mais extenso e houvesse mais profissionais para dar o suporte adequado nesse processo lúdico terapêutico. Existem alguns desafios que os profissionais enfrentam no serviço pesquisado para desenvolverem a prática do lúdico com as crianças internas. As entrevistadas a seguir fazem alusão ao déficit na capacitação profissional para atuar com a temática:

Nós não temos essa formação de desenvolver esse trabalho lúdico com a criança, [...] Ela ainda não desperta isso em nós. (BROMÉLIA)

O desafio é a falta de humanização, nós não temos formação pra humanização, é muito difícil [...] tem muito atributo burocrático pra resolver, [...] e a gente as vezes até esquece dessa parte lúdica. (HORTÊNCIA)

Mais um desafio referido pelos profissionais foi a sobrecarga de trabalho que a categoria possui, dificultando uma participação mais presente nas práticas que ocorrem no serviço:

A gente não tem tempo pra dá tanta assistência nesse sentido pra criança, porque a burocracia é enorme e toma metade do tempo da gente. Mal temos tempo de visitar a criança, [...] isso dificulta demais. (TULIPA)

O montante de atribuições na qual são designadas ao enfermeiro impossibilita a sua atuação voltada para essa temática. Nesse cenário, a sobrecarga de trabalho realmente se caracteriza como uma problemática desafiadora, o que dificulta ainda mais a realização de atividades lúdicas no ambiente pediátrico.

DISCUSSÃO

O lúdico remete à utilização do brincar, promovendo através dele um maior entendimento das situações vivenciadas pela criança, colaborando dessa forma, para o seu desenvolvimento biopsicossocial. A prática de atividades lúdicas no ambiente hospitalar mostra-se como um fator de grande relevância, uma vez que minimiza os impactos que o processo da hospitalização pode acarretar ao público infantil. A brincadeira promove um contato satisfatório entre o profissional e a criança, fomentando a comunicação entre a realidade e o mundo imaginário.⁽¹¹⁾

O lúdico revela-se como um mediador entre o processo saúde-doença e a terapêutica da criança, favorecendo a liberação de seus sentimentos, medos, ansiedade, bem como a expressão de sua criatividade, criando uma ambientação no processo de familiarização do ambiente perante o contexto hospitalar.⁽¹²⁾ Diante disso, os profissionais que participam do cuidado voltado à criança, devem ofertar uma assistência que favoreça a capacidade de criar, promovendo estímulos de desenvolvimento psicomotor, cognitivo e psicossocial.⁽¹³⁾

A equipe de enfermagem tem potencialidade para desenvolver a criatividade do menor e utilizar de meios lúdicos enquanto estabelece seu plano de cuidados.⁽¹⁴⁾ Além disso, é fundamental a identificação do diagnóstico situacional da criança hospitalizada, com intuito de nortear as ações da equipe, promovendo um cuidado individualizado, seguro e de qualidade.⁽¹⁵⁾

A brincadeira contribui para a redução dos estressores durante a internação, permitindo que a criança se torne mais alegre e oportuniza melhores condições para a sua recuperação.⁽¹⁶⁾ Dentre outros benefícios já elencados, a prática do lúdico no ambiente hospitalar, permite ainda que, a criança aceite melhor a terapêutica estabelecida e ajuda na execução de procedimentos, que são considerados estressantes e dolorosos.

Todavia, a implementação do lúdico no ambiente hospitalar por parte dos profissionais de enfermagem, ainda se torna dependente em detrimento de alguns fatores facilitadores e dificultosos que o serviço apresenta, transfigurando a utilização desses recursos lúdicos numa prática bem limitada para esse público.

A existência da brinquedoteca no ambiente hospitalar pediátrico é tida como um recurso facilitador para que ocorra a execução de práticas lúdicas no setor, sejam elas por meio de brincadeiras, músicas, conversas, entre outras propostas. Vê-se ainda que, é por meio desse espaço que as crianças podem desligar-se um pouco do processo do adoecimento ao qual foi acometida, adentrando dessa forma, em um universo totalmente contrário ao qual a rotina hospitalar e a conduta terapêutica estabelecida oferecem. Ademais, é através da brinquedoteca que o menor pode estabelecer o contato com outras crianças e formar laços que inicialmente só poderiam ocorrer caso a criança estivesse em sua rotina comum.

Atividades exercidas nas brinquedotecas propiciam a interação com o ambiente e favorecem sua adesão ao tratamento, além de permitir às crianças hospitalizadas a oportunidade de aprender, brincar, compartilhar brinquedos e expor as emoções, cabendo aos profissionais do

serviço reconhecerem suas necessidades e colocá-las devidamente em prática.⁽¹⁷⁾

Se tratando dos profissionais que atuam na execução dessas práticas lúdicas no ambiente hospitalar em questão, observa-se que essa tarefa é de responsabilidade de outros profissionais, visto que inúmeros fatores dificultam a atuação da equipe de enfermagem nesse contexto com efetividade, realizando-as apenas de modo superficial. No geral, quem conduz esse trabalho no serviço são os psicólogos, proporcionando momentos de descontração e divertimento para as crianças.

Outro fator apontado pelos entrevistados como facilitador para que as práticas lúdicas sejam realizadas no referido setor, foram as doações de brinquedos que ocorrem para o acervo da brinquedoteca, bem como a disponibilidade de grupos voluntários que também frequentam o serviço em determinados dias e realizam esse trabalho lúdico com as crianças, sendo eles de fundamental importância para a inserção de atividades inovadoras no serviço de acordo com o perfil e a proposta de cada grupo voluntário.

A brinquedoteca é um espaço fundamental para o processo saúde-doença da criança hospitalizada, porém, em determinadas situações não dispõe de uma rotina de funcionamento adequada, tornando-se necessária a atuação de mais profissionais capacitados para suprir a necessidade diária do menor, estimulando, desse modo, o brincar na instituição hospitalar.⁽¹⁸⁾

Desse modo, é perceptível que a aplicação de atividade lúdicas ainda é utilizada de forma deficitária em detrimento de diversos fatores, como a escassez de recursos financeiros e a carência de profissionais para exercer tal função.⁽⁹⁾ Contudo, mesmo existindo essas dificuldades, os direitos que as crianças têm devem ser preservados, sendo ofertada a ela uma assistência holística e humanizada através da brincadeira, do afeto e com menor risco de traumas psicológicos.⁽¹⁹⁾

Em geral, nota-se que existem vários fatores que colaboram para a incorporação do lúdico no referido setor, entretanto, as distintas dificuldades elencadas interferem consideravelmente nas atividades, principalmente por parte dos profissionais de enfermagem.

A atuação do enfermeiro com o lúdico ainda se encontra bastante defasada nas unidades pediátricas, interferindo na assistência que é ofertada às crianças hospitalizadas. Essa situação se confere como uma realidade que está associada aos diversos aspectos desafiadores que a classe se depara diariamente, desestruturando cada vez mais todo um pilar que poderia ser construído caso a enfermagem tivesse mais propriedade e desenvolvesse essas práticas de maneira continuada e eficaz.

Nessa perspectiva, é notória a necessidade de implementar essa temática durante a formação do universitário. Durante a graduação é fundamental o embasamento sobre a humanização de forma mais acentuada, frisando também a necessidade de uma assistência diferenciada para o público infantil, com enfoque na utilização de estratégias lúdicas que minimizem os efeitos negativos da hospitalização, a exemplo do brinquedo terapêutico (BT).⁽²⁰⁾ Ressalta-se que as atividades lúdicas são efetivas em outros ambientes infantis, como nas escolas, promovendo mudanças significativas no cotidiano das crianças.⁽²¹⁾

Outro fator enfatizado pelos entrevistados foi o déficit de capacitações e treinamentos para os profissionais de enfermagem por parte do serviço, havendo dessa forma pouco investimento nessa área por parte do hospital. Nesse contexto, autores apontam que a capacitação dos profissionais é de grande importância para que os mesmos tenham uma maior compreensão da relevância e necessidade do lúdico no ambiente hospitalar.⁽²²⁾

Face a essa questão, a literatura enfatiza que embora os enfermeiros reconheçam a importância e eficácia do lúdico na instituição hospitalar, a maioria não exerce tal função em virtude de diversos fatores, como a elevada quantidade de pacientes, o pouco estímulo por parte do serviço, as inúmeras tarefas e até mesmo a acomodação ao qual o profissional já está acostumado.⁽²³⁾

Embora o leque de dificuldades e desafios para trabalhar o lúdico na unidade hospitalar seja extenso, é preciso que haja uma mobilização entre todos os envolvidos para que o serviço funcione de maneira adequada e o público infantil hospitalizado possa desfrutar de uma assistência mais humanizada.

Aponta-se como limitação do estudo o fato de ter sido realizado apenas em um hospital do município do Paraíba.

Os resultados apresentados nesta pesquisa indicaram que, embora a maioria das entrevistadas detenham entendimento sobre a temática e seus benefícios, a escassez de recursos humanos e o pouco incentivo da gerência do hospital dificultam seu desenvolvimento. Assim, os resultados desse estudo poderão subsidiar gestores no planejamento e ações voltadas para capacitação dos enfermeiros e a inclusão do recurso da ludicidade na prática assistencial.

CONCLUSÃO

Observou-se que há entendimento sobre o lúdico como instrumento essencial para o desenvolvimento psicossocial das crianças, além de contribuir para o divertimento e entretenimento no ambiente hospitalar. Um dos facilitadores para a realização dessas atividades no serviço hospitalar é

a existência da brinquedoteca, entretanto, a escassez de recursos humanos, o déficit na capacitação dos profissionais e a exacerbada sobrecarga de trabalho em detrimento das inúmeras atribuições designadas dificultam a execução das mesmas. É necessário que sejam realizadas ações de incentivo ao cuidado lúdico para todos os profissionais de saúde, para que sejam capazes de proporcionar um cuidado holístico e apropriado para o bom desenvolvimento infantil, mesmo no ambiente hospitalar, pautadas no acolhimento

afetivo e intervenções apropriadas para as crianças e suas famílias.

Contribuições

Silva JA e De Azevedo EB participaram da concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica e final. Barbosa JCG, Lima MKS, Cantalice ASC, Ramalho MC e Barbosa HCV contribuíram com a redação do artigo, revisão crítica e final.

REFERÊNCIAS

1. Gomes GL, Fernandes MG, Nóbrega MM. Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(5):940-5.
2. Araújo RA, Silva FA, Faro A, Sobral AL. Uso de atividades lúdicas no processo de humanização em ambiente hospitalar pediátrico: intervenção Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET/Saúde REDES - Urgência e Emergência). *Rev SBPH.* 2016;19(2): 98-106.
3. Paula GK, Góes FG, Silva AC. Play strategies in nursing care for the hospitalized child. *Rev Enferm UFPE on line.* 2019;13:e238979.
4. Giaxa AC, Tavares EN, Oliveira TP, Eying J, Burda TA. A utilização do jogo como recurso terapêutico no processo de hospitalização da criança. *Rev SBPH.* 2019;22(1):280-305.
5. Silva AS, Valenciano PJ, Fujisawa DS. Atividade lúdica na Fisioterapia em Pediatria: revisão de literatura. *Rev Bras Educ Especial.* 2017;23(4):623-36.
6. Sossela CR, Sager F. A criança e o brincar no contexto hospitalar. *Rev SBPH.* 2017;20(1):17-31.
7. Silva DO, Gama DO, Pereira RB, Camarão YP. A importância do lúdico no contexto da hospitalização infantil. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(12):3484-91.
8. Engenheiro O, Geadas C, Lobo C, Azougado C, Figueiredo J, Simpson C. Benefícios do brincar terapêutico em crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *RIASE.* 2016;2(1):489-501.
9. Canêz JB, Irmgard BG, Damé TH, Vaz VG, Santos RM, Marten VM. O brincar terapêutico no cuidado à criança hospitalizada. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2019;88(26):1-9.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.
11. Alves LR, Moura AS, Melo MC, Moura FC, Brito PD, Moura LC. A criança hospitalizada e a ludicidade. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e1193.
12. Costa WM, Souza HO, Fernandes MR. Brinquedo terapêutico na enfermagem pediátrica brasileira: uma revisão da literatura das evidências atuais. *Health Sci Inst.* 2019;37(3):260-3.
13. Soares LS, Carneiro TJ, Bezerra MA. Percepção das acompanhantes de crianças internadas sobre o ambiente, o acolhimento e o lúdico. *Rev Rede Cuid Saúde.* 2017;11(1):1-14.
14. Santos PM, Silva LF, Depianti JR, Cursino EG, Ribeiro C. Nursing care through the perception of hospitalized children. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(4):646-53.
15. Reiniack S, Gonçalves JP, da Silva AS, Tonine T. Caracterização sociodemográfica-clínica e diagnósticos de enfermagem na enfermaria pediátrica. *Enferm Foco.* 2019;10(7):127-34.
16. Bosco EB, Barancelli MD, Gobatto M, Schmidt CL. Hospital humanization in pediatrics: project "Nurses of Joy". *Rev Enferm UFPE on line.* 2019;13(4):1173-8.
17. Sposito AM, Garcia-Schinzari NR, Mitre RM, Pfeifer LI, Lima RA, Nascimento LC. O melhor da hospitalização: contribuições do brincar para o enfrentamento da quimioterapia. *Av Enferm.* 2018;36(3):328-37.
18. Rocha MC, Dias EC, Fossa AM, Horibe TM. O significado do brincar e da brinquedoteca para a criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. *Saúde Rev.* 2015;15(40):15-26.
19. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 546/2017 de 09 de maio de 2017. Utilização de técnica de brinquedo terapêutico pela Enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05462017_52036.html
20. Canêz JB, Gabatz RI, Hense TD, Teixeira KP, Milbrath VM. Conhecimento de profissionais de enfermagem acerca do uso do brinquedo terapêutico na hospitalização infantil. *Enferm Foco.* 2020;11(6):108-14.
21. 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.* 2020;10(4):116-21.
22. Silva DF, Brandão EC. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. *REFACI.* 2017;2(2):1-12.
23. Pinto MB, Andrade LD, Medeiros AP, Santos GL, Queiroz R, Jales RD. Atividade lúdica e sua importância na hospitalização infantil: uma revisão integrativa. *Rev Univ Vale Rio Verde.* 2015;13(2): 298-312.

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E CONHECIMENTO DO IDOSO SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA

FUNCTIONAL HEALTH LITERACY AND KNOWLEDGE OF THE ELDERLY ABOUT CHRONIC KIDNEY DISEASE

ALFABETIZACIÓN EN SALUD FUNCIONAL Y CONOCIMIENTO DE LOS ANCIANOS SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Monique de Freitas Gonçalves Lima^{1,2}

Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos¹

Anna Karla de Oliveira Tito Borba¹

Juliana Cordeiro Carvalho^{1,3}

Carlos Renato dos Santos¹

(<https://orcid.org/0000-0002-5805-6205>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3711-4194>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9385-6806>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4949-5046>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8367-7006>)

Descritores

Letramento em saúde;
Conhecimento; Idoso; Doença renal crônica

Descriptors

Health literacy; Knowledge; Elderly;
Chronic kidney disease

Descriptores

Alfabetización en salud;
Conocimiento; Anciano;
Enfermedad renal crónica

Recebido

5 de Setembro de 2020

Aceito

29 de Março de 2021

Conflitos de interesse

extraído da dissertação
"Letramento funcional em saúde e o conhecimento do idoso em relação ao tratamento pré dialítico", defendida em 2020 na Universidade Federal de Pernambuco.

Autor correspondente

Monique de Freitas Gonçalves Lima
E-mail: monique_freitas@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar o letramento funcional em saúde e o conhecimento do idoso renal crônico em relação ao tratamento pré-dialítico.

Métodos: Estudo transversal, quantitativo, com 60 idosos em tratamento conservador para a Doença Renal Crônica.

Resultados: Verificou-se que o letramento funcional em saúde e o conhecimento em relação à doença renal foram insuficientes e esteve associado ao fato de não saberem a causa da doença renal e desconhecerem que a piora da função renal está associada ao aumento da taxa de creatinina.

Conclusão: O letramento funcional em saúde e o déficit de compreensão sobre a doença influenciam no autogerenciamento do idoso em relação à doença renal crônica, servindo de subsídios para ressignificar o processo de comunicação da equipe multiprofissional a fim de postergar o início do tratamento dialítico.

ABSTRACT

Objective: To evaluate Functional Literacy in Health and the knowledge of the chronic renal elderly in relation to pre-dialysis treatment.

Methods: Cross-sectional, quantitative study with 60 elderly people under conservative treatment for Chronic Kidney Disease.

Results: It was found that Functional Health Literacy and knowledge regarding kidney disease were insufficient and was associated with the fact that they did not know the cause of kidney disease and were unaware that the worsening of kidney function is associated with increased creatinine rate.

Conclusion: It is concluded that the functional health literacy and the lack of understanding about the disease influence the self-management of the elderly in relation to chronic kidney disease, serving as subsidies to reframe the communication process of the multidisciplinary team in order to postpone the beginning of dialysis treatment.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la Alfabetización en Salud Funcional y el conocimiento del anciano renal crónico en relación al tratamiento prediálisis.

Metodos: Estudio transversal, cuantitativo, con 60 ancianos en tratamiento conservador por Enfermedad Renal Crónica.

Resultados: Se encontró que la Alfabetización en Salud Funcional y el conocimiento sobre la enfermedad renal eran insuficientes y estaban asociados con el hecho de que no conocen la causa de la enfermedad renal y desconocen que el empeoramiento de la función renal está asociado con un aumento de la tasa de creatinina.

Conclusión: Se concluye que la alfabetización funcional en salud y el desconocimiento de la enfermedad influyen en el autocuidado del anciano en relación a la enfermedad renal crónica, sirviendo como subsidios para ressignificar el proceso de comunicación del equipo multidisciplinario con el fin de posponer el inicio del tratamiento de diálisis.

¹Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

²Universidade Estadual de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

³Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Como citar:

Lima MF, Vasconcelos EM, Borba AK, Carvalho JC, Santos CR. Letramento funcional em saúde e conhecimento do idoso sobre a doença renal crônica. *Enferm Foco*. 2021;12(2):372-8.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4374

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é definido como uma mudança fisiológica progressiva que engloba diversas alterações, ou seja, é o desgaste que o corpo sofre com o passar do tempo e tendem a determinar uma acentuada perda da capacidade que o indivíduo possui de se adaptar ao meio ambiente. Desse modo, o envelhecimento diminui gradualmente a capacidade funcional, podendo ocasionar as doenças crônicas.⁽¹⁾

Algumas destas doenças, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca, predispõem à doença renal no idoso. As alterações anatômicas e fisiológicas nos rins, decorrentes do processo de envelhecimento renal e a redução da taxa de filtração glomerular, constituem um agravante para a patologia renal no idoso, aumentando a suscetibilidade da disfunção renal com o passar dos anos.^(2,3)

Entre idosos a presença de doença renal crônica representa um aumento do risco para múltiplos eventos adversos à saúde que podem culminar com a morte, sendo importante a detecção precoce da redução na taxa de filtração glomerular para auxiliar na tomada de decisão terapêutica e consequente redução de complicações.⁽³⁾

O diagnóstico precoce é primordial para otimizar fatores nefro protetores (dietas, medicamentos, controle dos distúrbios metabólicos e comorbidades), a fim de desacelerar a progressão da doença renal crônica e retardar o início da terapia renal substitutiva na taxa de filtração glomerular. Para isto, o tratamento conservador da doença renal crônica engloba medidas que são capazes de melhorar a sobrevivência desses pacientes ao promover saúde, prevenir complicações, detectar precocemente a diminuição da função renal, realizar estadiamento da doença e ações de planejamento para terapia renal substitutiva, se necessário.⁽⁴⁾

Dentro deste contexto, é comum o indivíduo receber informações sobre sua condição, com uso de terminologias médicas desconhecidas, como resultados laboratoriais e mesmo condutas clínicas a que serão submetidos. Essas informações requerem um letramento funcional em saúde adequado, para que de fato o indivíduo possa compreender seu significado.⁽⁵⁾

O letramento funcional em saúde implica na capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde, necessários para tomar decisões pertinentes sobre sua própria saúde e sobre cuidados médicos. Para tanto, o indivíduo precisa apresentar, efetivamente, competência funcional para usar e interpretar textos, documentos e números. O letramento funcional em saúde envolve determinantes individuais e sistêmicos, incluindo

habilidades de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, aspectos culturais, complexidade do sistema de saúde, assim como as demandas da situação ou do contexto.⁽⁶⁾

O baixo letramento funcional em saúde tem consequências diretamente relacionadas com a saúde da população, como no envolvimento das pessoas em práticas de saúde preventiva, na detecção precoce de doenças, no gerenciamento das doenças crônicas e no acesso e utilização dos serviços de saúde.⁽⁷⁾

Considerando que os idosos, em tratamento conservador, deparam-se com mudanças na rotina como regimes medicamentosos complexos, dieta apropriada e consultas ambulatoriais frequentes, se faz necessário dispor de habilidades e capacidades de letramento funcional em saúde para compreender as orientações em saúde.

A avaliação do letramento funcional em saúde e o conhecimento do idoso sobre a doença renal crônica poderá sensibilizar os profissionais de saúde a fim de incluir essa prática na avaliação de rotina a esse público, e consequentemente, melhorar a satisfação dos idosos com a doença. Além disso, o letramento é um pré-requisito para o envolvimento da pessoa na tomada de decisões apropriadas que poderão auxiliar a retardar a progressão da doença renal. Diante do exposto, o estudo apresenta como objetivo avaliar o letramento funcional em saúde e o conhecimento do idoso renal crônico em relação ao tratamento pré-dialítico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa, realizado no ambulatório de Nefrologia de um Hospital Público de referência, na cidade do Recife, Pernambuco.

A amostra do tipo censitária incluiu 213 indivíduos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, em tratamento conservador e assistidos no ambulatório, no período de fevereiro a julho de 2019. Foram excluídos os idosos autodeclarados analfabetos (67); com déficit cognitivo (<3), analisado pelo Minicog (11) com o qual se examina a memória imediata por meio de três palavras que são ditas ao idoso, classificando em um ponto para cada palavra lembrada (após desenhar um relógio) e dois pontos se desenhar corretamente o relógio; baixa acuidade visual (21) avaliada pela escala de Snellen (abaixo da linha 20/50); baixa acuidade auditiva (5) mensurada pelo teste do sussurro; e indivíduos com doença neurodegenerativa registrada em prontuário de saúde (9), as recusas e perdas foram de 40 indivíduos resultando na amostra final de 60 idosos em tratamento conservador.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com questionário composto pelas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça auto declarada, renda, estado civil, escolaridade) e clínica (tempo de acompanhamento ambulatorial, comorbidades e o IMC). O estado nutricional foi avaliado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado conforme a equação de Quetelet ($IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$)⁽⁸⁾ e classificado segundo Lipschitz⁽⁹⁾ como baixo peso com $IMC < 22 \text{kg/m}^2$; eutrofia, IMC entre 22kg/m^2 e 27kg/m^2 ; e sobre-peso $IMC > 27 \text{kg/m}^2$.

O letramento funcional em saúde foi avaliado pelo *Test of Health Literacy in Adults (TOFHLA)*, na sua versão abreviada. O *TOFHLA* é constituído por duas passagens de texto com 36 itens, marcando 2 pontos para cada item correto e por mais quatro itens de numeramento contabilizando 7 pontos para cada acerto, obtendo-se o escore que varia de 0-53 para letramento funcional em saúde inadequado, 54-66 letramento funcional em saúde marginal e 67-100 pontos para letramento funcional em saúde adequado. De acordo com alguns estudos,^(10,11) as classificações marginal e inadequada foram agrupadas, ao considerar que os indivíduos apresentam limitações na leitura e na compreensão das informações em saúde apresentadas na forma escrita.

O conhecimento sobre a Doença Renal Crônica foi avaliado por meio de 21 perguntas acerca do tratamento conservador, sendo considerado conhecimento suficiente o percentual de respostas corretas maior e igual a 70%.⁽¹²⁾

Os dados da pesquisa foram digitados em planilha eletrônica do programa Excel para Windows®, em dupla entrada, verificados com o VALIDATE, módulo do Programa Epi-info versão 6.04 (WHO/CDC/Atlanta, GE, USA), para checar a consistência e validação. Em seguida, os dados foram transferidos ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). A estatística descritiva foi utilizada para caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas e de conhecimento sobre a Doença Renal Crônica. Na associação entre o letramento funcional em saúde e as variáveis investigadas foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Independência de Pearson ou o teste Exato de Fisher. Para todas as análises, foi considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos exigidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/2012, do Ministério da Saúde, que estabelece normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos. CAAE 01234918.0.3001.8807.

RESULTADOS

Dos 60 idosos entrevistados, a maioria eram homens (63,3%), com idade entre 60 a 69 anos (60%), auto referiram de cor não branca (pardos e negros) (61,7%), com companheiros (60%), menos de 4 anos de estudo (58,3%) e renda de até um salário mínimo (71,7%). Quanto à caracterização clínica, o acompanhamento ambulatorial foi superior a 5 anos (41,7%), possuíam mais de três comorbidades (55%), foram classificados no estágio 3 ou mais no estadiamento da Doença Renal Crônica (100%) e eram sobrepesos (56,7%).

Na avaliação do letramento funcional em saúde, a maior parte dos idosos com doença renal crônica, apresentaram nível inadequado 43 (71,7%), seguido do letramento funcional em saúde adequado 17 (28,3%). O conhecimento insuficiente sobre a Doença Renal Crônica (63,3%) foi mais prevalente entre os participantes. O cálculo da proporção de acertos e erros, relativo à avaliação do conhecimento sobre os princípios básicos do tratamento conservador, indicou que os itens de maior proporção de acertos foram àqueles referentes à função do rim, a causa da doença renal, a melhora da função renal devido ao tratamento, ao tratamento ser para vida toda, as questões referentes ao diabetes mellitus e hipertensão arterial, exames de sangue, importância e aumento da creatinina, medicamentos e alterações da alimentação como parte do tratamento, controle de fósforo e alimentos ricos em potássio. Em contrapartida, tiveram maior proporção de erros às questões relacionadas à cura do problema renal pelo tratamento, respostas incorretas relacionadas ao uso dos medicamentos, bicarbonato de sódio e carbonato de cálcio, controle de potássio e alimentos ricos em fósforo (Tabela 1). Ao avaliar a associação entre o letramento funcional em saúde e os itens que compõem o questionário de conhecimento sobre a doença renal crônica, observou-se associação estatística significativa quanto ao desconhecimento das causas da doença renal e dos níveis de creatinina como marcadores da piora da função renal.

DISCUSSÃO

O letramento funcional em saúde inadequado e o conhecimento insuficiente em relação à doença renal crônica destacou-se entre os idosos entrevistados. Ao avaliar os itens do questionário de conhecimento, o letramento funcional em saúde insuficiente contribuiu para o desconhecimento sobre as causas da doença e a associação dos níveis de creatinina com a piora da função renal.

O letramento funcional em saúde inadequado é prevalente entre idosos,⁽¹³⁻¹⁶⁾ podendo está associado a cor da pele e a escolaridade.⁽¹⁶⁾ O baixo letramento pode refletir

Tabela 1. Proporção de acertos e erros do conhecimento da doença renal crônica segundo o letramento funcional em saúde de idosos em tratamento pré-dialítico assistidos à nível ambulatorial

Letramento Funcional em Saúde				
Conhecimento da doença renal crônica	Total (n=60)	Inadequado (n=43)	Adequado (n= 17)	p-value
Suficiente	22(36,7)	16 (72,7)	6(27,3)	
Insuficiente	38(63,3)	27(71,0)	11(29,0)	1,000 ¹
Questões				
1. A função do rim é: filtrar o sangue (C)				
Correto	41(68,3)	27(65,9)	14(34,1)	0,142 ²
Incorreto	19(31,7)	16(84,2)	3(15,8)	
2. Sabe a causa da doença renal				
Correto	35(58,3)	21(60,0)	14(40,0)	0,018 ²
Incorreto	25(41,7)	22(88,0)	3(12,0)	
3.O tratamento leva à cura do problema renal (E)				
Correto	27(45)	19(70,4)	8(29,6)	0,840 ²
Incorreto	33(55)	24(72,7)	9(27,3)	
4.O tratamento leva à melhora da função renal (C)				
Correto	57(95)	41(71,9)	16(28,1)	1,000 ¹
Incorreto	3(5,0)	2(66,7)	1(33,3)	
5.O tratamento é para a vida toda (C)				
Correto	47(78,3)	32(68,1)	15(31,9)	0,314 ¹
Incorreto	13(21,7)	11(84,6)	2(15,4)	
6. A pressão alta pode levar à doença renal (C)				
Correto	52(86,7)	37(71,2)	15(28,8)	1,000 ¹
Incorreto	8(13,3)	6(75,0)	2(25,0)	
7. A pressão alta pode piorar a doença renal (C)				
Correto	53(88,3)	37(69,8)	16(30,2)	0,661 ¹
Incorreto	7(11,7)	6(85,7)	1(14,3)	
8.O diabetes pode levar à doença renal (C)				
Correto	45(75,0)	32(71,1)	13(28,9)	1,000 ¹
Incorreto	15(25,0)	11(73,3)	4(26,7)	
9.O diabetes pode piorar a doença renal (C)				
Correto	48(80,0)	35(72,9)	13(27,1)	0,726 ¹
Incorreto	12(20,0)	8(66,7)	4(33,3)	
10.Exames de sangue fazem parte do tratamento(C)				
Correto	59(98,3%)	43(72,9)	16(27,1)	0,283 ¹
Incorreto	1(1,7%)	0(0,0)	1(100)	
11.A dosagem da creatinina no sangue é importante para avaliar o funcionamento do rim (C)				
Correto	46(76,7)	32(69,6)	14(30,4)	0,737 ¹
Incorreto	14(23,3)	11(78,6)	3(21,4)	
12.O aumento da creatinina está relacionado com a piora da função do rim C				
Correto	39(65)	24(61,5)	15(38,5)	0,018 ²
Incorreto	21(35)	19(90,5)	2(9,5)	
13. Medicamentos fazem parte do tratamento C				
Correto	49(81,7)	34(69,4)	15(30,6)	0,712 ¹
Incorreto	11(18,3)	9(81,8)	2(18,2)	
14. Respondeu corretamente as medicações que faz uso				
Correto	24(40)	16(66,7)	8(33,3)	0,483 ²
Incorreto	36(60)	27(75)	9(25,0)	
15.O bicarbonato de sódio é usado para tratar a acidez no sangue C				
Correto	16(26,7)	13(81,3)	3(18,8)	0,518 ¹
Incorreto	44(73,3)	30(68,2)	14(31,8)	
16.O carbonato de cálcio deve ser usado antes das refeições C				
Correto	9(15)	8(88,9)	1(11,1)	0,423 ¹
Incorreto	51(85)	35(68,6)	16(31,4)	
17. As alterações na alimentação fazem parte do tratamento (C)				
Correto	45(75)	30(66,7)	15(33,3)	0,192 ¹
Incorreto	15(25)	13(86,7)	2(13,3)	
18. Para controlar o fósforo, é necessário controlar a ingestão de proteínas C				
Correto	31(51,7)	23(74,2)	8(25,8)	0,653 ²
Incorreto	29(48,3)	20(69)	9(31,0)	

Continua...

Continuação.

Letramento Funcional em Saúde				
Conhecimento da doença renal crônica	Total (n=60)	Inadequado (n=43)	Adequado (n= 17)	p-value
19.O controle de potássio não pode ser feito pela alimentação (E)				
Correto	15(25)	8(53,3)	7(46,7)	0,099 ¹
Incorreto	45(75)	35(77,8)	10(22,2)	
20.Banana, laranja, cenoura e feijão são alimentos ricos em potássio (C)				
Correto	46(76,7)	35(76,1)	11(23,9)	0,180 ¹
Incorreto	14(23,3)	8(57,1)	6(42,9)	
21. Carne, leite e derivados e chocolates são alimentos ricos em fósforo (C)				
Correto	22(36,7)	19(86,4)	3(13,6)	0,055 ²
Incorreto	38(63,3)	24(63,2)	14(36,8)	

¹Teste Qui Quadrado de Person; ²Teste Exato de Fisher; C (correto); E (errado)

uma das lacunas no sistema de saúde quanto a falta de capacitação da equipe multiprofissional para avaliar o grau de letramento em saúde da população e implementar estratégias que contribuam para a prestação da assistência ajustadas às necessidades da população.⁽¹⁷⁾

O conhecimento insuficiente em relação a DRC foi mais prevalente e seus resultados corroboram com outras pesquisas.^(12,17,18) O conhecimento é resultado da interpretação da informação e do seu uso para resolver problemas ou tomar decisões. Nesse sentido, estudos demonstram que é crescente a preocupação por parte dos profissionais em (re) construir o conhecimento sobre a doença renal crônica, visto que a sua ampliação está diretamente ligada à promoção do autocuidado e adesão ao tratamento pré-dialítico.^(10,11,16,17)

O desconhecimento sobre a causa da DRC também foi evidenciado em outra pesquisa,⁽¹²⁾ no qual ao serem questionados sobre a causa de desenvolverem a doença, apenas 28,3% informaram corretamente. Apesar dos idosos responderam corretamente que a Hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus levam e/ou pioram a Doença Renal Crônica, 41,7% não foram capazes de associar a hipertensão e o diabetes como causas da sua condição, mesmo sendo portadores destas doenças. Atrelado a essa problemática, o processo de envelhecimento também contribui para redução da filtração glomerular dos rins, diminuindo gradativamente a função renal ao decorrer dos anos.⁽¹⁹⁾

Alguns estudos relatam que o tempo de diagnóstico da Doença Renal Crônica pode contribuir para o melhor conhecimento acerca da causa da doença e tratamento quando os indivíduos são assistidos por equipe multiprofissional e recebem informações para a promoção do autocuidado. Comumente, é com o passar do tempo que os indivíduos compreendem que a doença é para sempre e nenhum dos tratamentos levará a cura. Diante do exposto, a ineficácia nas práticas educacionais a fim de informar os indivíduos pode comprometer a adesão à terapêutica e contribuir para a progressão da doença renal crônica.^(20,21)

Além disso, o conhecimento insuficiente é um entrave e impõe outros desafios como a decisão de seguir orientações nutricionais para o controle das taxas metabólicas, tomar medicações e a possibilidade da não adaptação às desarmonias fisiológicas e restrições indesejáveis com vistas ao controle da doença renal crônica.⁽²²⁾

O desconhecimento do aumento da taxa de creatinina como um marcador da piora da função renal também foi encontrado em estudo realizado em ambulatório na região centro-oeste do Brasil.⁽¹⁷⁾ Deste modo, o conhecimento limitado sobre o funcionamento dos rins e os exames básicos de rotina para avaliar a sua funcionalidade podem contribuir para a evolução da doença sem a compreensão do avanço da doença pelo paciente.

O conhecimento insuficiente e a presença de comorbidades, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, podem contribuir para a progressão terminal da doença renal crônica. Diante disso, pesquisa realizada no ambulatório de uremia na cidade de São Paulo/SP com pacientes em tratamento conservador evidenciou que a maioria dos entrevistados possuíam informações insuficientes a respeito da doença e tratamento, interferindo negativamente na adesão ao tratamento conservador.⁽¹⁸⁾

No âmbito da Nefrologia, as pesquisas sobre o letramento funcional em saúde ainda são escassas. Populações com déficit de conhecimento básico relacionado à saúde estão mais propensas a ter desfechos clínicos desfavoráveis na Doença Renal Crônica, demonstrando que o letramento funcional em saúde em portadores de nefropatias encontra-se com alta prevalência no nível inadequado, constituindo um obstáculo ao gerenciamento do autocuidado.⁽¹⁵⁾

Percebe-se que apenas a transferência do conhecimento para os usuários não é suficiente para decisões que envolvem o autogerenciamento da saúde. É preciso fomentar o investimento em um processo de educação em saúde, que busque incitar no sujeito atitudes crítico-reflexivas

sobre sua condição de saúde, ajustado as suas necessidades e nível de letramento funcional em saúde.

O enfermeiro é um agente facilitador no desenvolvimento de competências para o autocuidado e estimulador dos idosos como protagonistas do próprio envelhecimento.⁽²³⁾ Associado a isso, identificar os níveis de letramento funcional em saúde permite construir ações individualizadas voltadas às características da pessoa, de prevenção de agravos, tratamento de doenças ou de promoção à saúde. Para isso, é preciso haver a reformulação nas práticas pedagógicas dos profissionais de saúde, promovendo intervenções condizentes com o nível de letramento, adequando, desta forma, a comunicação profissional-paciente.

Os baixos níveis de letramento funcional em saúde e conhecimento em relação a doença renal crônica, representam importantes determinantes para piores desfechos da doença, indicando a necessidade de atenção dos profissionais de saúde. Dessa forma, justifica-se a urgência na elaboração de estratégias relacionadas à educação em saúde considerando o nível de letramento do idoso com doença renal crônica, a partir de orientações individualizadas e respeitando suas limitações.

Uma limitação do estudo está relacionada ao pequeno número de idosos, visto que boa parte foi excluída pelos testes de triagem, bem como à carência na literatura científica sobre o letramento funcional em saúde nesse público.

Espera-se através deste estudo a sensibilização dos profissionais de saúde em relação ao letramento funcional em saúde dos idosos em tratamento pré-dialítico e que estes profissionais abordem nas suas rotinas, práticas educativas e ações voltadas à melhoria do conhecimento principalmente naqueles idosos com baixo letramento funcional em saúde.

CONCLUSÃO

O letramento funcional em saúde e o conhecimento em relação à doença renal crônica dos idosos assistidos em ambulatório de tratamento conservador foram insuficientes. O letramento inadequado esteve associado ao desconhecimento da causa da doença renal e dos níveis de creatinina como marcadores de piora da função renal. O conhecimento dos idosos em relação à doença renal crônica na sua fase pré-dialítica é de fundamental importância para postergar o início da diálise. Para isso, é necessário que o indivíduo possua letramento funcional em saúde adequado, uma vez que o idoso necessita compreender a necessidade de novos hábitos de vida para a promoção do autocuidado e assim evitar a progressão da doença renal crônica.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram de todas as fases do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira C, Santos C, Moreira B, Lima C, Alexandria P, Chaves R. Repercussões da hemodiálise nas atividades básicas e instrumentais de idosos com insuficiência renal crônica. *Rev InterScientia*. 2019;7(2):50-66.
2. Kusumota L, Rodrigues RA, Marques S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(3):525-32.
3. Amaral TL, Amaral CA, Vasconcelos MT, Monteiro GT. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:44.
4. Silva JR, Luz GO, Silva SM, Medeiros LK, Santos Júnior JL, Santos IC. Letramento funcional em saúde e o conhecimento dos doentes renais crônicos em tratamento conservador. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019; 32:9470.
5. Lima MF, Vasconcelos EM, Borba AK. Instrumentos utilizados para avaliar o letramento funcional em saúde de idosos com doença renal crônica: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(3):e180198.
6. Santos LT, Mansur HN, Paiva TF, Colugnati FA, Bastos MG. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *J Bras Nefrol*. 2012;34(3):293-302.
7. Lima MF, Carvalho JC, Vasconcelos EM, Borba AK, Zimmermann R, Costa EF. A importância da avaliação do letramento funcional em saúde no idoso: revisão integrativa. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2019; 90(28):1-7.
8. Garrow JS, Webster J. Quetelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *In J Obes*. 1985;9(2):147-53.
9. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
10. Bezerra JN, Lessa SR, Ó MF, Luz GO, Borba AK. Letramento em saúde dos indivíduos submetidos à terapia dialítica. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170418.
11. Sampaio HA, Carioca AA, Sabry MO, Santos PM, Coelho MA, Passamai MP. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciência Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):865-74.
12. Canhesto M, Oliveira E, Soares C, Marciano R, Assunção D, Gazzinelli A. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. *Rev Min Enferm*. 2010;14(3):335-44.
13. Ingram RR, Ivanov LL. Examining the association of health literacy and health behaviors in African American older adults: does health literacy affect adherence to antihypertensive regimens? *J Gerontol Nurs*. 2013;39(3):22-32.
14. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JÁ, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med*. 2007;167(14):1503-9.
15. Bezerra JN, Lessa SR, Ó MF, Luz GO, Borba AK. Letramento em saúde dos indivíduos submetidos à terapia dialítica. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170418.

16. Lima MF, Vasconcelos EM, Borba AK, Santos CR, Carvalho JC, Zimmermann RD. Fatores associados ao letramento funcional em saúde da pessoa idosa em tratamento pré-dialítico. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(4):e200114.
17. Moraes KL, Brail VV, Oliveira GF, Cordeiro JA, Silva AM, Boaventura RP, et al. Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):155-162.
18. Gricio TC, Kusumota L, Cândido ML. Percepções e conhecimentos de paciente com doença renal crônica em tratamento conservador. *Rev Eletr Enferm.* 2009;11(4):884-93.
19. Glassock R, Denic A, Rule AD. Quando os rins envelhecem: um ensaio em nefro-geriatria. *J Bras Nefrol.* 2017;39(1):59-64
20. Santos RL, Oliveira DR, Nunes MG, Barbosa RM, Gouveia VA. Avaliação do conhecimento do paciente renal crônico em tratamento conservador sobre modalidades dialíticas. *Rev Enferm UFPE online.* 2015;9(2):651-60.
21. Sanavi S, Afshar R. Depression in patients undergoing conventional maintenance hemodialysis: The disease effects on dialysis adequacy. *Dial Traspl.* 2012;33(1):13-16.
22. Lima MA, Sousa GR, Sousa AM, Felipe GF, Oliveira AS, Formiga LM. Educação em saúde para pacientes em hemodiálise. *Rev Enferm UFPE on line.* 2014;8(6):1510-15.
23. Oliveira FA, Almeida AR, Gomes AP, Silva SS, Damasceno HR, Silva RS. Termos da linguagem especializada de enfermagem para pessoas com doença renal crônica. *Enferm Foco.* 2020;11(5):27-33.

IDOSOS HOSPITALIZADOS COM TEMPO DE PERMANÊNCIA PROLONGADO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

HOSPITALIZED ELDERLY WITH PROLONGED LENGTH OF STAY: CONTRIBUTIONS TO NURSING CARE

ANCIANOS HOSPITALIZADOS CON ESTANCIA PROLONGADA: APORTES A LOS CUIDADOS DE ENFERMEIRA

Jamylle Lucas Diniz¹

Andréa Carvalho Araújo Moreira²

Iane Ximenes Teixeira²

Francisco Eduardo Silva de Oliveira²

Vitória Lídia Pereira Sousa²

Jaqueline Mendes Santana³

Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo⁴

(<https://orcid.org/0000-0002-5697-8599>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9855-1449>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6790-6478>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9907-7715>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5004-3592>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1849-4040>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1005-5980>)

Descritores

Idoso; Tempo de permanência;
Enfermagem; Hospitalização;
Processo de enfermagem

Descriptors

Elderly; Length of stay; Nursing;
Hospitalization; Nursing process

Descriptores

Anciano; Duración de la estancia;
Enfermería; Hospitalización;
Proceso de enfermería

Recebido

1 de Setembro de 2020

Aceito

20 de Março de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Jamylle Lucas Diniz
E-mail: jamylledz@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Realizar cuidados de enfermagem em idosos hospitalizados com tempo de permanência prolongado com base na teoria de Virginia Henderson e mediado pela pesquisa-cuidado.

Métodos: Utilizou-se abordagem quanti-qualitativa por meio da pesquisa-cuidado, embasada na Teoria das Necessidades Fundamentais de Virginia Henderson. O estudo foi realizado em um hospital do estado do Ceará entre os meses de julho de 2017 a junho de 2018. Participaram idosos com idade igual ou superior a 60 anos e que estiveram hospitalizados em quatro unidades de internação em permanência prolongada. Para a análise dos dados utilizou-se o Software R.

Resultados: Participaram 30 idosos. O sexo feminino predominou (63,33%), com distribuição etária média de 71,17 anos. A maioria eram casados (56,66%), mais da metade não possuía escolaridade (56,67%) e 93,34% eram aposentados. Predominaram-se as necessidades referentes ao domínio fisiológico. Foram identificados 16 diagnósticos de enfermagem e realizadas 42 intervenções.

Conclusão: A identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem fundamentados na teoria de Henderson, realizado através da pesquisa-cuidado, foram essenciais para interação entre pesquisador e pesquisados-cuidados, com foco nas necessidades de cada indivíduo.

ABSTRACT

Objective: Perform nursing care in hospitalized elderly with prolonged length of stay based on the theory of Virginia Henderson and mediated by research-care.

Methods: We used a quantitative-qualitative approach through research-care, based on Virginia Henderson's Theory of Fundamental Needs. The study was carried out in a hospital in the state of Ceará from July 2017 to June 2018. Participants were elderly people aged 60 years or over and who were hospitalized in four inpatient units for prolonged stay. Software R. was used for data analysis.

Results: 30 elderly people participated. The female gender predominated (63.33%), with an average age distribution of 71.17 years. Most were married (56.66%), more than half had no education (56.67%) and 93.34% were retired. Needs regarding the physiological domain predominated. 16 nursing diagnoses were identified and 42 interventions were performed.

Conclusion: The identification of nursing diagnoses and interventions based on Henderson's theory, were essential for interaction between researcher and researched-care, focusing on the needs of each individual.

RESUMEN

Objetivo: Realizar cuidados de enfermería en ancianos hospitalizados con estadia prolongada basada en la teoría de Virginia Henderson y mediada por la investigación-atención.

Métodos: Utilizamos un enfoque cuantitativo-cualitativo a través de la investigación-atención, basado en la Teoría de Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson. El estudio se llevó a cabo en un hospital del estado de Ceará desde julio de 2017 a junio de 2018. Los participantes fueron personas mayores de 60 años o más que fueron hospitalizadas en cuatro unidades de internación para estadia prolongada. Para el análisis de los datos se utilizó el software R.

Resultados: participaron 30 personas mayores. Predominó el género femenino (63,33%), con una distribución por edades promedio de 71,17 años. La mayoría estaban casados (56,66%), más de la mitad no tenía estudios (56,67%) y el 93,34% estaban jubilados. Predominaron las necesidades relacionadas con el dominio fisiológico. Se identificaron 16 diagnósticos de enfermería y se realizaron 42 intervenciones.

Conclusión: La identificación de diagnósticos e intervenciones de enfermería a partir de la teoría de Henderson, realizada a través de la investigación-cuidado, fueron fundamentales para la interacción entre el investigador y el investigado-cuidado, centrándose en las necesidades de cada individuo.

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

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

³Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Sobral, CE, Brasil.

⁴Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Como citar:

Diniz JL, Moreira AC, Teixeira IX, Oliveira FE, Sousa VL, Santana JM, et al. Idosos hospitalizados com tempo de permanência prolongado: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(2):379-85.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4362

INTRODUÇÃO

As internações hospitalares aumentaram consideravelmente devido ao envelhecimento populacional. Em 2019, no Brasil, houveram mais de 2 milhões de internações de idosos, sendo o percentual maior (43,36%) em idosos de 60 a 69 anos de idade.⁽¹⁾

A hospitalização por longa permanência é um dos problemas que mais afeta o cenário do sistema de saúde brasileiro, visto que há um aumento nos custos e redução da qualidade da assistência prestada pelos profissionais. No entanto, existem motivos que justificam essa causa, tais como retardo nas altas hospitalares e indivíduos com doenças crônicas possivelmente ocupando leitos que seriam de pacientes com problemas agudos.⁽²⁾

O cuidado ao idoso no âmbito hospitalar apresenta diversos desafios: dificuldades na avaliação e nos diagnósticos por conta de aparecimento de sintomas atípicos, presença de comorbidades, dificuldades de comunicação e alterações no estado mental.⁽³⁾ Diante dessa complexidade, torna-se necessária a utilização de estratégias de cuidado que garanta a qualidade da assistência. Nessa perspectiva, destaca-se o papel do enfermeiro, o qual desenvolve suas atividades por meio de um processo de cuidar que contempla as necessidades humanas básicas vivenciadas durante a internação.⁽⁴⁾

Dentre as competências do enfermeiro, ressalta-se a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como instrumento de trabalho que pode proporcionar uma qualidade da assistência adequada e maior autonomia aos profissionais. Considera-se o primeiro passo a ser dado para implementação da SAE a seleção de uma teoria de enfermagem, a qual irá direcionar as demais etapas do processo de enfermagem.⁽⁵⁾

Assim sendo, considerando-se o idoso hospitalizado com longo tempo de permanência, foi adotado como referencial teórico a Teoria das Necessidades Fundamentais de Virgínia Henderson. O foco principal desta teoria é o cuidado para como o indivíduo, caracterizado como uma abordagem holística para estabelecimento de um plano assistencial globalizado.⁽⁶⁾

Nessa perspectiva, o estudo é direcionado pelos seguintes questionamentos: Qual o perfil de idosos hospitalizados com tempo de permanência prolongado? Quais necessidades fundamentais, com base na teoria de Virgínia Henderson, se destacam entre idosos hospitalizados com tempo de permanência prolongado? Como se dá a aplicação do método pesquisa-cuidado aos idosos em cuidados prolongados?

Acredita-se que pesquisas desta natureza podem demonstrar a importância da utilização da SAE e de teorias de

enfermagem para a uma prática clínica qualificada, mostrando a prática através de método científico, garantindo credibilidade e visibilidade da enfermagem.

Assim, o estudo teve como objetivo realizar cuidados de enfermagem em idosos hospitalizados com tempo de permanência prolongado com base na teoria de Virgínia Henderson e mediado pela pesquisa-cuidado.

MÉTODOS

Utilizou-se abordagem quanti-qualitativa por meio da pesquisa-cuidado.⁽⁷⁾ Como fundamentação teórica, trabalhou-se com a Teoria das Necessidades Fundamentais (TNF) de Virgínia Henderson que aborda quatorze componentes das funções de Enfermagem e podem ser categorizados em aspectos fisiológicos, psicológicos da comunicação e aprendizagem, espiritual e moral e os sociologicamente voltados ao trabalho e à recreação. Essas categorias são: respiração, alimentação, eliminação, movimento, sono e repouso, vestimentas, temperatura corporal, higiene, controle do ambiente, comunicação, prática religiosa, trabalho, lazer e aprendizagem.⁽⁸⁾

A pesquisa foi realizada em um hospital de referência na zona norte do estado do Ceará, no Brasil.

Participaram 30 idosos com idade igual ou superior a 60 anos e que estiveram hospitalizados em quatro unidades de internação em permanência prolongada. Para classificar o idoso como tendo sua hospitalização prolongada utilizou-se o *Kanbam*, programa que identifica os pacientes com permanência prolongada através dos seguintes critérios: pacientes com o dobro da permanência determinada pelo diagnóstico ou procedimento mais um dia.

Para efetivar a pesquisa-cuidado recomenda-se seguir as seguintes etapas de coleta de dados: 1) Aproximação com o objeto de estudo; 2) Encontro com o ser pesquisado-cuidado; 3) Estabelecimento das conexões da pesquisa, teoria e prática do cuidado; 4) Afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado; e 5) Análise do apreendido.⁽⁷⁾

A aproximação com o objeto de estudo se deu por meio de amplas leituras na literatura sobre o tema a ser abordado, bem como através de experiências prévias com idosos. Para o cumprimento da segunda etapa que é a aproximação do pesquisador com o ser-pesquisado, destaca-se que foi realizada em um hospital de referência. O período do estudo foi compreendido entre os meses de julho de 2017 a junho de 2018.

Ocorreram três encontros com cada um dos participantes, sendo o primeiro encontro para identificação dos participantes, bem como conhecer a estrutura do serviço, das

enfermarias, rotina e equipe de enfermagem. Após recrutamento dos participantes, foram apresentados os objetivos da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na terceira etapa referente ao estabelecimento das conexões da pesquisa, teoria e prática do cuidado, ocorreu a interação entre a pesquisadora e os pesquisados-cuidados. A partir do segundo encontro, os idosos foram avaliados holisticamente e identificadas as necessidades principais, sendo inferidos diagnósticos de enfermagem, elencados principais cuidados e implementadas as intervenções. Os encontros duravam entre duas a quatro horas com cada pesquisado-cuidado.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados para levantamento do perfil e necessidades de Henderson se configuraram como um roteiro semiestruturado, baseado na teoria de Virgínia Henderson. O prontuário do idoso foi utilizado como fonte de coleta de dados complementar, buscando informações relacionadas ao motivo e histórico da internação afim de confirmar o tempo prolongado da internação.

Compilou-se as informações extraídas da entrevista para análise e estas foram distribuídas conforme a classificação das categorias centrais da TNF. Dessa forma, inferiu-se os diagnósticos de enfermagem com base na taxonomia da NANDA Internacional⁽⁹⁾ e as intervenções foram realizadas por meio da Classificação de Intervenções de Enfermagem.⁽¹⁰⁾

Nessa fase, buscou-se promover uma assistência qualificada aos idosos por meio da escuta ativa dos participantes, de cuidados de enfermagem prestados no leito, bem como ações de promoção da saúde com vistas a proporcionar melhor qualidade de vida.

A quarta etapa relacionada ao afastamento do pesquisador e o pesquisado, foi preparada desde o primeiro encontro entre ambos para não criar sentimentos de ansiedade. Dessa forma, as intervenções foram planejadas, mostradas a equipe do serviço e conversadas para que os profissionais continuassem aplicando as intervenções.

A figura 1 demonstra de forma sistematizada o processo de coleta das informações da pesquisa cuidado realizada com idosos hospitalizados.

A última fase se deu por meio da análise do material apreendido. Os dados foram categorizados e tabulados numa planilha do *Excel* e estão apresentados de forma descritiva e por meio de tabelas com frequências absolutas e relativas, inclusive diagnósticos e intervenções de enfermagem. Para tanto, utilizou-se o software R versão 3.6.1, para variáveis nominais foram calculados intervalos

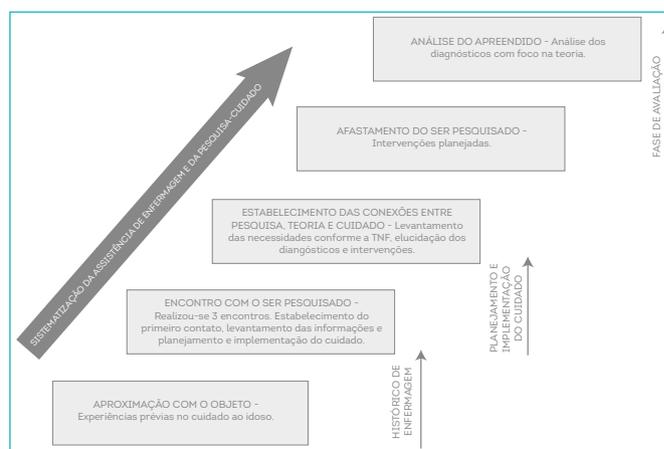


Figura 1. Representação do processo da coleta de informações da pesquisa cuidado

de confiança de 95% e para variáveis quantitativas foram calculados médias, desvios-padrão, medianas, intervalos interquartílicos e aplicado teste de Shapiro-Wilk para verificação de normalidade dos dados, adotando-se um nível de significância de 5%.

Houve apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú, com parecer favorável sob o número: 1.970.483. CAAE 64780617.1.0000.5053.

RESULTADOS

Participaram do estudo 30 idosos hospitalizados com tempo de permanência prolongado. A tabela 1 mostra os dados sociodemográficos e clínicos dos idosos.

Os dados sociodemográficos mostram que o sexo feminino predominou (63,33%), com média de idade de 71,17 anos. A maioria dos idosos eram casados (56,66%), mais da metade não possuía escolaridade (56,67%) e 93,34% eram aposentados. Quanto ao diagnóstico médico atual de internação, destacaram-se trauma (33%), doenças cerebrovasculares (23%) e insuficiência renal (10%). No que se refere a variável internação anterior, 53,33% relataram não ter sido internados nos últimos dois anos. Quanto à história pregressa de doenças, evidenciou-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (70%), diabetes (43,33%) e as cardiopatias (20%). Com relação ao cuidador, 80% possuíam cuidador informal. Na tabela 2 constam as necessidades fundamentais identificadas em idosos hospitalizados por longa permanência de acordo com a Teoria de Virgínia Henderson.

Predominaram-se as necessidades referentes ao domínio fisiológico, principalmente referente a necessidade de manter o corpo limpo e bem arrumado, bem como proteger a pele (100%) e movimentar-se e manter posturas desejáveis (70%). Observou-se também que a necessidade

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos de idosos hospitalizados por longa permanência

Variáveis	n(%)	IC 95%			
Sexo					
Masculino	11(36,66)	20,54-56,09			
Feminino	19(63,33)	43,90- 79,45			
Estado Civil					
Casado	17(56,66)	37,66-74,02			
União estável	1(3,33)	0,17-19,05			
Viúvo	6(20,00)	8,40-39,13			
Solteiro	2(6,66)	1,16-23,50			
Divorciado	4(13,33)	4,35-31,64			
Escolaridade					
Sem escolaridade	17(56,67)	37,66-74,02			
Ensino fundamental incompleto	9(30,00)	15,41-49,55			
Ensino fundamental completo	2(6,67)	1,16-23,50			
Ensino médio incompleto	1(3,33)	0,17-19,05			
Ensino médio completo	1(3,33)	0,17-19,05			
Ocupação					
Aposentado	28(93,34)	76,49-98,83			
Agricultor	1(3,33)	0,17-19,05			
Comerciante	1(3,33)	0,17-19,05			
Internação atual					
Trauma	10(33)	17,93-52,86			
Doença cerebrovascular	7(23)	10,63-42,70			
Insuficiência renal					
Neoplasia	2(7)	1,16-23,50			
Pneumonia	2(7)	1,16-23,50			
Septicemia	2(7)	1,16-23,50			
Doença autoimune	2(7)	1,16-23,50			
Colelitíase	1(3)	0,17-19,05			
Insuficiência cardíaca	1(3)	0,17-19,05			
Internação anterior					
Sim	14(46,66)	28,79-65,36			
Não	16(53,33)	34,63-71,20			
História progressa					
Tuberculose	1(3,33)	0,17-19,05			
Diabetes	13(43,33)	25,97-62,33			
Hipertensão arterial sistêmica	21(70,00)	50,44-84,58			
Acidente vascular cerebral	5(16,66)	6,30-35,45			
Doença pulmonar	3(10,00)	2,61-27,67			
Cardiopatia	6(20,00)	8,40-39,13			
Asma	1(3,33)	0,17-19,05			
Tabagismo	4(13,33)	4,35-31,64			
Infecção relacionada a assistência à saúde					
Infecção do trato urinário	2(6,67)	1,16-23,50			
Tipo de cuidador					
Informal	24(80,00)	60,86-91,59			
Formal	4(13,33)	4,35-31,64			
Não possui	2(6,66)	1,16-23,50			
	Média	DP	Mediana	IIQ	p-value ¹
Idade (anos)	71,17	8,41	69,5	11,75	0,45
Dias excedentes de internamento	13,4	8,23	13,00	12,00	0,04

1- Teste de shapiro wilk; DP- desvio padrão; IIO- Intervalo interquartilico

menos aludida foi comunicar-se com os outros (3,33%), relacionado ao domínio sociocultural. As demais necessidades como, respiração, controle do ambiente, trabalho e aprendizagem não foram aludidas pelos idosos. A tabela 3 apresenta os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes apresentados pelos idosos hospitalizados por longa permanência.

Tabela 2. Necessidades fundamentais de idosos hospitalizados por longa permanência de acordo com Virgínia Henderson

Necessidades de Henderson	n(%)	IC 95%
Higiene	30(100)	85,86-100,00
Temperatura corporal	30(100)	85,86-100
Movimentação	21(70,00)	50,44-84,58
Lazer	20(66,66)	47,13-82,06
Alimentação	17(56,66)	37,66-74,02
Prática religiosa	17(56,66)	37,66-74,02
Sono e repouso	12(40,00)	23,22-59,24
Eliminação	12(40,00)	23,22-59,24
Vestimentas	12(40,00)	23,22-59,24
Comunicação	1(3,33)	0,17-19,05

Tabela 3. Diagnósticos de enfermagem apresentados por idosos hospitalizados por longa permanência

Diagnósticos de enfermagem	n(%)	IC 95%
1. Risco de Infecção	30(100)	85,86-100,00
2. Disposição para o bem-estar melhorado	22(73,33)	53,82-87,02
3. Atividade de recreação deficiente	17(56,66)	37,66-74,02
4. Mobilidade física prejudicada	14(46,66)	28,79-65,36 P75
5. Integridade tissular prejudicada	13(43,33)	25,97-62,33
6. Risco de quedas	13(43,33)	25,97-62,33
7. Insônia	12(40,00)	23,22-59,24
8. Déficit no autocuidado para vestir-se e banho	12(40,00)	23,22-59,24 P50
9. Volume de líquidos deficiente	10(33,33)	17,93-52,86
10. Constipação	9(30,00)	15,41-49,55
11. Conforto prejudicado	4(13,33)	4,35-31,64
12. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	3(10,00)	2,61-27,67 P25
13. Disposição para eliminação urinária melhorada	2(6,66)	1,16- 23,50
14. Disposição para melhora do autocuidado	1(3,33)	0,17-19,05
15. Processos familiares interrompidos	1(3,33)	0,17-19,05
16. Diarreia	1(3,33)	0,17-19,05

P25- Percentil 25; P50- Percentil 50; P75- Percentil 75

Apesar de destacarmos os diagnósticos de enfermagem como um todo, vale esclarecer que as intervenções foram individualizadas. Os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes entre os idosos de longa permanência foram: risco de infecção, disposição para o bem-estar melhorado e atividade de recreação deficiente, presentes em mais de 50% da amostra e mobilidade física prejudicada, integridade da pele prejudicada, risco de quedas, insônia e déficit no autocuidado para vestir-se e banho, presentes em 40% ou mais da amostra. A tabela 4 refere-se as principais intervenções realizadas junto aos idosos hospitalizados por longa permanência.

Ressalta-se que o plano de cuidados está diretamente relacionado ao diagnóstico de enfermagem inferido e à meta a ser alcançada (Resultado), traçada junto ao paciente, o que explica a diversidade de intervenções de enfermagem realizadas. Dentre as 40 intervenções listadas acima, 17 delas foram realizadas em 50% ou mais da amostra, 11 em mais 30% e cinco em mais 20% dos idosos. Destas, houveram oito mais frequentes, realizadas em quase 70%

Tabela 4. Intervenções de enfermagem de idosos hospitalizados por longa permanência

Intervenções de enfermagem	n(%)	IC 95%
1. Monitorar aparecimento de sinais e sintomas associados a infecção local e sistêmica	27(90,00)	72,32-97,38
2. Promover ingestão nutricional adequada	27(90,00)	72,32-97,38
3. Estimular a ingestão hídrica, conforme apropriado	27(90,00)	72,32-97,38
4. Estimular a participação da família no processo de hospitalização	20(66,66)	47,13-82,06
5. Estimular com que o paciente tenha mais envolvimento tanto com a equipe quanto com os outros pacientes do quarto, facilitando o envolvimento social	20(66,66)	47,13-82,06
6. Leitura	20(66,66)	47,13-82,06
7. Contação de história	20(66,66)	47,13-82,06
8. Jogos	20(66,66)	47,13-82,06
9. Identificar características ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas	16(53,33)	34,63-71,20
10. Colocar os objetos pessoais ao alcance do paciente	16(53,33)	34,63-71,20
11. Orientar o paciente a chamar ajuda para movimentar-se, conforme apropriado	16(53,33)	34,63-71,20
12. Proteger a pele para evitar rompimento	16(53,33)	34,63-71,20
13. Orientar o paciente quanto ao uso de auxiliares de Deambulação	15(50,00)	33,15-66,84
14. Mudança de decúbito	15(50,00)	33,15-66,84
15. Colchão caixa de ovo	15(50,00)	33,15-66,84
16. Exercícios diários	15(50,00)	33,15-66,84
17. Estimular movimentação no leito	15(50,00)	33,15-66,84
18. Realizar mudança de decúbito	14(46,66)	28,79-65,36
19. Manter curativo externo limpo e seco	13(43,33)	25,97-62,33
20. Apoio espiritual, abordagem grupal	11(36,66)	20,54-56,09
21. Terapia de relaxamento	11(36,66)	20,54-56,09
22. Controle do ambiente	11(36,66)	20,54-56,09
23. Musicoterapia	11(36,66)	20,54-56,09
24. Assistência na Higiene	10(33,33)	17,93-52,86
25. Cuidado da pele	10(33,33)	17,93-52,86
26. Cuidados com lesões	10(33,33)	17,93-52,86
27. Identificar comportamentos e fatores que afetem o risco de quedas	10(33,33)	7,93-52,86
28. Assistência no autocuidado	10(33,33)	7,93-52,86
29. Relaxamento muscular	8(26,66)	2,97-46,17
30. Criar um ambiente calmo e de apoio	6(20,00)	8,40-39,13
31. Proporcionar um ambiente seguro e limpo	6(20,00)	8,40-39,13
32. Posicionar o paciente para facilitar o conforto	6(20,00)	8,40-39,13
33. Monitorar a pele, em especial, sobre saliências ósseas, quanto a sinais de pressão ou irritação.	6(20,00)	8,40-39,13
34. Identificar a Dieta prescrita	5(16,66)	6,30-35,45
35. Orientar quanto a importância de uma alimentação equilibrada para o cuidado a sua saúde	4(13,33)	4,35-31,64
36. Monitorização da dieta prescrita	3(10,00)	2,61-27,67
37. Aconselhamento Nutricional	1(3,33)	0,17-19,05
38. Apoio Emocional	1(3,33)	0,17-19,05
39. Mobilização familiar	1(3,33)	0,17-19,05
40. Melhora do enfrentamento	1(3,33)	0,17-19,05

P25- Percentil 25; P50- Percentil 50; P75- Percentil 75

dos idosos, são elas: Monitoramento de aparecimento de sinais e sintomas associados a infecção local e sistêmica; Promoção de ingestão nutricional adequada; Estimulação de ingestão hídrica, conforme apropriado; Estimulação a participação da família no processo de hospitalização; Estimulação para que o paciente tenha mais envolvimento tanto com a equipe quanto com os outros pacientes

do quarto, facilitando o envolvimento social; Leitura; Contação de história e; Jogos. As menos frequentes foram: Aconselhamento Nutricional, Apoio Emocional, Mobilização familiar e Melhora do enfrentamento, onde cada uma delas foi realizada apenas junto a um idoso.

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica apresentada pelos idosos hospitalizados avaliados no estudo, mostrou predominância do sexo feminino, baixa escolaridade e idade média de 71,17 anos, esses dados são similares em estudos evidenciados na literatura.^(11,12)

No contexto de uma hospitalização em idade avançada, as incapacidades físicas e cognitivas, polifarmácia e comorbidades são fatores que podem levar a internação por longa permanência e, por sua vez, influenciar diretamente na autonomia, independência e qualidade de vida do idoso.⁽¹³⁻¹⁵⁾ Tal fato vai de encontro com o perfil clínico encontrado no estudo, grande parte dos idosos afirmaram possuir doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes. A associação dessas comorbidades acarretam no uso de vários medicamentos e no comprometimento da funcionalidade do idoso.

A TNF de Virginia Henderson abrange os componentes dos cuidados de enfermagem a quem concerne assistir o indivíduo, enfermo ou sadio, a tornar-se independente na satisfação de suas necessidades fundamentais o mais cedo possível.⁽¹⁶⁾

A maioria das necessidades identificadas se enquadram no componente fisiológico, visto que o processo de envelhecimento causa alterações anatomofisiológicas. A nível biológico, o envelhecer está relacionado ao acúmulo de grande diversidade de danos, tanto moleculares quanto celulares, aumentando o risco de contrair doenças e contribuindo para o declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo no âmbito hospitalar.⁽¹⁷⁾

No tocante aos diagnósticos de enfermagem, observou-se que o risco de infecção hospitalar foi diagnosticado em todos os idosos, isso ocorre devido a exposição dos pacientes aos microrganismos com potencial patogênico no ambiente hospitalar, sendo o controle dessas infecções hospitalares intrínsecas ao processo de cuidar.⁽¹⁸⁾

Durante o envelhecimento, alterações como perda de massa corporal, força e função muscular reduzida, rigidez articular e redução da amplitude de movimento e alterações na marcha e no equilíbrio tornam o idoso mais vulnerável a quedas, afetando conseqüentemente a satisfação do paciente.⁽¹⁹⁾ Neste sentido, as intervenções realizadas foram: Orientar o paciente a chamar ajuda para movimentar-se, conforme

apropriado, orientar o paciente quanto ao uso de auxiliares de deambulação e estimular movimentação no leito.

As atividades de recreação e lazer são elementos essenciais na vida do idoso, na qual propiciam nível de socialização e interesse pela vida. Estudo realizado no estado do Ceará, evidenciou a importância de tais atividades, onde percebeu-se que o lazer e a recreação são imprescindíveis para a manutenção e prolongamento da capacidade cognitiva e física dos indivíduos, proporcionando-lhes diferentes vivências da rotina passiva a que são submetidos.⁽²⁰⁾

Ao analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem dos idosos em cuidados prolongados, pode-se destacar alguns de natureza física, comportamental e psicológica. Nesse sentido, a identificação de diagnósticos proporciona ao enfermeiro um cuidado mais adequado e possibilita estabelecer intervenções de enfermagem mais coerentes com a necessidade do indivíduo. Estudo relatou que a realização de intervenções psicossociais teve como benefícios melhora da autopercepção, promoção de esperança, melhora do enfrentamento, fortalecimento da autoestima, manutenção do processo familiar, melhoria da socialização, aumento da segurança, apoio emocional, apoio espiritual e melhoria da imagem corporal.⁽²¹⁾

Quanto as intervenções de enfermagem, verificou-se no presente estudo que a maioria dos idosos receberam monitorização de sinais e sintomas associados a infecção local e sistêmica, como também a promoção de ingestão nutricional e hídrica adequada. Foi evidenciado em um estudo que o monitoramento dos sinais e sintomas de infecção é considerado um cuidado primordial para promover um ambiente favorável à cicatrização, livre de secreções e de tecido necrótico, subsidiando o enfermeiro para realizar um diagnóstico de risco como o estudado.⁽²²⁾

As intervenções voltadas ao relaxamento proporcionam o bem-estar emocional e mental dos idosos hospitalizados com longa permanência. Práticas integrativas utilizando a musicoterapia, por exemplo, tem a eficácia de desenvolver no indivíduo, pensamentos diversos, podendo ressignificar a autoimagem, autoconfiança, autoexpressão e criatividade.⁽²³⁾ Já a espiritualidade pode possibilitar aos idosos entender como lidar com eventos estressantes durante a internação, bem como favorecer a superação das enfermidades apresentadas. Nesse sentido, pesquisadores reconhecem a importância da religiosidade ou espiritualidade como determinantes da longevidade e melhora da qualidade de vida dessa população.⁽²⁴⁾

Verifica-se como principal limitação deste estudo o pequeno intervalo de tempo de cuidados junto aos idosos, não sendo possível acompanhá-los em tempo integral, nem

no período de preparação para a alta hospitalar, momento muito importante de transição de cuidados. Além disso, as dificuldades de acessos aos relatórios do sistema de informação dificultaram a estimativa da prevalência de idosos em tempo de internação prolongada.

Apesar da mensuração das metas previstas não terem sido objeto desta pesquisa, acredita-se ter proporcionado efeitos positivos na assistência de enfermagem prestada, uma vez que ampliou as possibilidades de estratégias assistenciais e favoreceu a disseminação do conhecimento e experiências assistenciais subsidiadas pelo raciocínio clínico de Enfermagem, sensível à subjetividade dos indivíduos nessa fase da vida no contexto hospitalar.

CONCLUSÃO

Pessoas idosas internadas por longa permanência possuem em média pouco mais de 70 anos, em sua maioria, são casadas, aposentadas, sem escolaridade, apresenta doenças crônicas como hipertensão, diabetes e cardiopatias. As necessidades fundamentais mais evidentes dizem respeito ao domínio do Componente Biológico/Fisiológico. As necessidades foram levantadas mediante coleta de dados e para 30 idosos, obtivemos um total de 16 diagnósticos de enfermagem inferidos e 40 intervenções realizadas. O método da pesquisa cuidado proporcionou a aplicação do processo de enfermagem em sua completude, permitindo proporcionar um cuidado individualizado e de qualidade a idosos hospitalizados por longo tempo. Torna-se, no entanto, relevante à realização de outros estudos que possam mensurar resultados sobre a assistência ao idoso hospitalizado. Isto possibilitará retorno imediato dos resultados da pesquisa para o âmbito do ensino e da prática clínica profissional.

Agradecimentos

O estudo foi financiado pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia do município de Sobral, Ceará.

Contribuições

Jamylle Lucas Diniz: 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 Carvalho Araújo Moreira: 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). Iane Ximenes Teixeira: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Francisco

Eduardo Silva de Oliveira: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Vitória Lídia Pereira Sousa: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Jaqueline Mendes Santana:

b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo: 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. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Informações de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado 2020 Apr 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qice.def>
2. Silva RP, Pinto PI, Alencar AM. Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida paciente e seus cuidadores. *Rev Saúde (St. Maria)*. 2018; 44 (3):1-12.
3. Carvalho TC, Valle AP, Jacinto AF, Mayoral VF, Boas PJ. Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: a cohort study. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):136-44.
4. Oliveira B, Concone MH, Souza SR. A Enfermagem dá o tom no atendimento humanizado aos idosos institucionalizados? *Rev Kairós*. 2016;19(1):239-54.
5. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
6. Henderson V. Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. Tradução: Idalina Gomes. Portugal: Lusodidacta; 2004.
7. Neves EP, Zagonel IP. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2006;11(1):73-9.
8. Henderson V. The concept of nursing. *J Adv Nurs*. 2006;53(1):21-34.
9. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2018-2020. 11a ed. Rio de Janeiro: Thieme; 2017.
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
11. Andrada MM, França M, Alvarez AM, Hammerschmidt KS. Nursing diagnoses in hospitalized elderly, according to the International Classification of Nursing Practice. *Rev Rene*. 2015;16(1):97-105.
12. Cordeiro LM, Paulino JL, Bessa ME, Borges CL, Leite SF. Quality of life of frail and institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(4):361-6.
13. Ferreira MS, Franco FG, Rodrigues PS, Correa VM, Akopian ST, Cucato GG, et al. Impaired chair-to-bed transfer ability leads to longer hospital stays among elderly patients. *BMC Geriatr*. 2019;19(89):1-6.
14. Cordeiro RL, Ventura MM, Damian PB, Gomes AL, Leite SP. Factors related to death and prolonged hospital stay in a geriatric Ward. *Geriatr Gerontol Aging*. 2016;10(3):146-50.
15. Simão LT, Lages LP, Paiva MH, Ribeiro NL, Araújo ER, Leão GM. Perfil dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados em unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2019;10(1):76-80.
16. Brandão ES, Santos I. Theories of nursing in promotion of comfort in dermatology. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27:e38330.
17. Fernandes BK, Clares JW, Borges CL, Nóbrega ML, Freitas MC. Diagnósticos de enfermagem para idosos institucionalizados fundamentados na teoria de Henderson. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03472.
18. Giroti AL, Ferreira AM, Rigotti MA, Sousa AF, Frota OP, Andrade D. Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03364.
19. 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*. 2019;10(6):105-10.
20. Clares JW, Guedes MV, Silva LF, Nóbrega MM, Freitas MC. Subset of nursing diagnoses for the elderly in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):272-8.
21. Ribeiro J, Cardoso L, Pereira C, Silva B, Bubolz B, Castro C. Nursing care in oncology hospitalized patients: diagnosis and interventions related to psychosocial and psychospiritual needs. *Rev Pesqui*. 2016;8(4):5136-42.
22. Morais SC, Nóbrega MM, Carvalho EC. Cross-mapping of results and Nursing Interventions: contribution to the practice. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):1883-90.
23. Ramalho AD, Ramalho JP. A musicoterapia como recurso terapêutico para tratamento do paciente psiquiátrico. *Enferm Brasil*. 2017;16(4):246-52.
24. Zimmer Z, Jagger C, Chiu C, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: a review. *SSM Popul Health*. 2016;2:373-81.

USABILIDADE DE BOMBAS DE INFUSÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE NA TERAPIA INTENSIVA

USABILITY OF INFUSION PUMPS AND PATIENTE SAFETY IN INTENSIVE CARE

USABILIDAD DE LAS BOMBAS DE INFUSIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS

Fernanda dos Anjos de Oliveira¹ (<https://orcid.org/0000-0002-0351-0319>)

Graciele Oroski Pais¹ (<https://orcid.org/0000-0001-8814-5770>)

Ana Paula Amorim Moreira² (<https://orcid.org/0000-0003-1047-0658>)

Poliana Moreira de Araújo¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1569-5717>)

Descritores

Segurança do paciente; Utilização de equipamentos e suprimentos; Cuidados críticos; Cuidados de enfermagem

Descriptors

Patient safety; Equipment and supplies utilization; Critical care; Nursing care

Descriptores

Seguridad del paciente; Uso de equipos y suministros; Cuidados críticos; Cuidados de enfermería

Recebido

16 de Março de 2020

Aceito

18 de Janeiro de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Fernanda dos Anjos de Oliveira
E-mail: fernandaufj2.0@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar nas produções científicas como o manejo das Bombas de Infusão pela equipe de enfermagem impacta na segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva.

Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa.

Resultados: O levantamento foi realizado nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: Medline, Lilacs e Bdenf; e Web of Science Core Collection. Foram selecionados 20 artigos de 2014 a 2019, onde 76% tratavam da usabilidade de tecnologias, alguns abordando as dificuldades ou barreiras encontradas na manipulação durante a incorporação de novas bombas, e os demais, de dispositivos já incorporados.

Conclusão: Constatou-se que a equipe de enfermagem é a profissão de destaque no que concerne à segurança do paciente nos mais variados cuidados. Foi possível observar que a usabilidade adequada das bombas durante a programação de infusões assegura uma assistência de qualidade.

ABSTRACT

Objective: Identify scientific productions such as the management of Infusion Pumps by the nursing team with an impact on patient safety in Intensive Care Units.

Methods: This is an integrative review.

Results: The survey was carried out in the Virtual Health Library databases: Medline, Lilacs and Bdenf; and Main Web of Science Collection. Twenty articles were selected from 2014 to 2019, where 76% tried to use the technologies, some addressing difficulties or barriers, using manipulation during the incorporation of new pumps, and the others, devices already incorporated.

Conclusion: It should be noted that the nursing team is a prominent profession that does not concern patient safety in the most varied care. It was possible to observe the proper use of the pumps during the programming of infusions guaranteed quality assistance.

RESUMEN

Objetivo: Identificar producciones científicas como el manejo de bombas de infusión por parte del equipo de enfermería con un impacto en la seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos.

Métodos: Esta es una revisión integradora.

Resultados: La encuesta se realizó en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud: Medline, Lilacs y Bdenf; y la colección principal de Web of Science. Se seleccionaron veinte artículos de 2014 a 2019, donde el 76% trató de usar las tecnologías, algunos abordaron dificultades o barreras, usaron la manipulación durante la incorporación de nuevas bombas y los otros, dispositivos ya incorporados.

Conclusión: Cabe señalar que el equipo de enfermería es una profesión prominente que no se refiere a la seguridad del paciente en la atención más variada. Fue posible observar el uso adecuado de las bombas durante la programación de infusiones garantizada asistencia de calidad.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Como citar:

Oliveira FA, Pais GO, Moreira AP, Araújo PM. Usabilidade de bombas de infusão e segurança do paciente na terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2021;12(2):386-92.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3316

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos associados aos cuidados em saúde, usando métodos baseados em evidências. É um dos assuntos prioritários na área da saúde, devido ao elevado potencial para ocorrência de acidentes, erros e/ou eventos adversos (EA).^(1,2)

Dentre os recursos tecnológicos disponíveis neste cenário de alta complexidade, há as Bombas de Infusão (BI), que, segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), consiste em “um equipamento que se destina à regulação do fluxo de líquidos administrados ao paciente, sob pressão positiva gerada pela bomba, necessária para maior segurança de infusão de drogas dentro de padrões desejados de dosagem, volume e tempo”.⁽³⁾

Nessa perspectiva, é possível destacar sua utilização na administração de medicamentos, sendo estes rotineiramente utilizados no contexto hospitalar, considerando suas diversas indicações. Em média, 80% dos pacientes hospitalizados recebem terapia por infusão, sendo esta média ainda maior na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No entanto, seu uso oferece riscos, especialmente quando não utilizados da maneira adequada.^(4,5)

Para tanto, surgiu-se o termo denominado “usabilidade”, referindo-se a capacidade de um equipamento ser facilmente utilizado, ou seja, pode ser compreendido como característica do fator humano relacionada à facilidade de uso, efetividade, eficiência e satisfação do profissional, sendo uma preocupação efetiva dos profissionais devido ao controle de risco relacionado aos equipamentos.⁽⁶⁻⁸⁾ Nas UTIs além das bombas de infusão convencionais, utilizam-se as bombas inteligentes ou “*smart pumps*”, que são equipamentos eletrônicos de infusão projetados para reduzir erros humanos durante sua programação. Representam uma transformação nos equipamentos médicos podendo prevenir a ocorrência de erros na administração de medicamentos, principalmente por via intravenosa, aumentando a segurança do paciente e a eficiência do cuidado de enfermagem.⁽⁸⁾

A “*smart pump*” é uma bomba convencional que incorpora programas de software com sistemas de redução de erro de dose (Dose Error Reduction System - DERS) e bibliotecas de fármacos/drogas/medicamentos, que constitui um conjunto de medicamentos incorporados às bombas, e para cada uma delas se estabelece uma série de parâmetros, como: unidades de dose, concentrações padrões, doses máximas e mínimas; e vazões de infusão.^(8,9)

Para cada fármaco da biblioteca se define os chamados limites relativos, que alertam quando a dose máxima é

excedida, e os absolutos, que impedem que o usuário administre uma dose que esteja fora do intervalo predeterminado.⁽¹⁰⁾ Diante destes limites pré-estabelecidos, há uma maior redução na probabilidade de ocorrência de erros na programação e administração de medicamentos em BI.

Cabe destacar que a Enfermagem é a categoria que mais manipula as BI, e, conseqüentemente é apontada como a que tem maior capacidade de interceptar quando ocorrem erros.⁽⁹⁾ Entrementes, não há como garantir que nenhum erro com conseqüências adversas não aconteça, já que a programação destes dispositivos depende da intervenção humana.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo: Identificar nas produções científicas como a usabilidade das Bombas de Infusão pela equipe de enfermagem impacta na segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, que permitiu a síntese dos resultados de estudos de diferentes abordagens metodológicas.

De acordo com a estratégia PIO - População/Intervenção/Outcome - desfecho (Quadro 1), foram determinados os descritores (DECS/MESH), sendo a análise dos estudos selecionados norteada pela pergunta de pesquisa: Qual o impacto da usabilidade de bombas de infusão por profissionais de enfermagem de terapia intensiva na segurança do paciente?⁽¹⁰⁾

Quadro 1. Estratégia PIO de modo a estruturar a busca bibliográfica

Estratégia	Descritores Decs/Mesh		
	Português	Inglês	Espanhol
P	Enfermagem de Cuidados Críticos (a pacientes de UTI)	Critical Care Nursing	Enfermería de Cuidados Críticos
I	Utilização de Equipamentos e Suprimentos	Equipment and Supplies Utilization	Utilización de equipos y Suministros
O	Segurança do paciente	Patient Safety	Seguridad del Paciente

Selecionaram-se estudos nas bases: Medline via PUBMED, LILACS, Web of Science e BDENF. Foi utilizado o operador booleano “and” a fim de obter o maior número de estudos que contemplassem responder à pergunta de pesquisa. Estudos experimentais, observacionais, revisões sistemáticas de estudos originais, entre os anos de 2014 a 2019; em português, inglês e espanhol. Foram excluídos da revisão: relatos de caso e de experiência, e estudos que não abordassem o objeto central desta revisão. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos 20 estudos

na presente revisão. A figura 1 apresenta o fluxograma de seleção desses estudos, segundo a classificação PRISMA, por ser a mais recomendada em estudos de revisão.⁽¹¹⁾

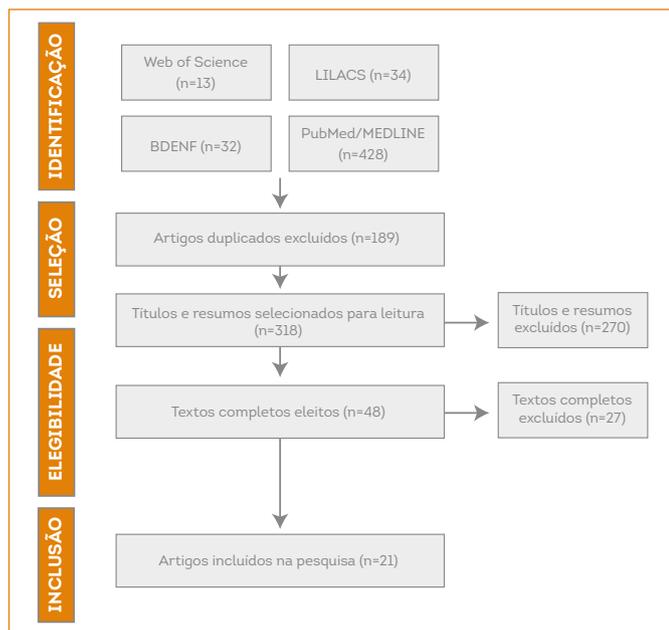


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos (n=20)

Inicialmente, o processo de seleção dos estudos foi executado por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, de modo que foram para seleção final os estudos que atendiam aos critérios de inclusão supracitados, além de atenderem ao objetivo proposto.

Dos estudos selecionados, foram coletados os seguintes dados: país e ano de publicação, objetivos, delineamento metodológico, nível de evidência (NE) segundo a classificação do sistema GRADE (para avaliação da qualidade metodológica)⁽¹²⁾ e os principais achados destes estudos. Os dados foram submetidos à análise descritiva e a síntese dos resultados foi apresentada em quadros.

Os aspectos éticos desta revisão foram preservados e todos os autores e conteúdos dos artigos analisados

foram referenciados fidedignamente. A presente revisão é parte integrante do projeto de pesquisa aprovado em 10 de Junho de 2019, com CAEE na Plataforma Brasil, número 14002619.0.0000.5238; e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa número 3443489.

RESULTADOS

Os 20 artigos abordaram como a interface do usuário (profissional) com a bomba de infusão poderia interferir na segurança dos pacientes. O quadro 1 mostra os estudos que compuseram a amostra analisada. Cinco artigos (48%) foram publicados nos anos de 2015 e 2018, quatro (19%) em 2019, três (14%) em 2016 e dois (19%) em 2014 e 2017. Os estudos foram conduzidos predominantemente no Brasil (n=10 / 48%), sete (33%) nos Estados Unidos, e um em cada um dos respectivos países: Colômbia, Alemanha, Canadá e Israel, representando 19%.

Quanto à metodologia, a predominância foi de Revisões Sistemáticas e Estudos Observacionais, totalizando 10 estudos, sendo 5 em cada categoria. Já o nível de evidência, de acordo com o sistema GRADE, ficou bem equilibrado, sendo selecionados apenas estudos com nível moderado (n=11) e alto (n=9).

No que tange a temática, dezesseis estudos (76%) tratavam da usabilidade de tecnologias, alguns abordando as dificuldades ou barreiras encontradas na manipulação durante a incorporação de novas bombas, e os demais, de dispositivos já incorporados, abrangendo itens de avaliação da usabilidade (eficácia, eficiência e satisfação do profissional), porém, todos demonstrando como isto impactava na segurança dos pacientes.

Outros dois (10%) abordaram a ocorrência de erros e EA relacionados à manipulação de bombas de infusão, e os três restantes (14%) relataram sobre o impacto dos alarmes e intervenção dos profissionais como método para garantia da segurança dos pacientes.

Quadro 2. Caracterização dos estudos selecionados

Pais / Ano	Objetivo da pesquisa	Tipo de estudo e nível de evidência	Principais achados
Brasil, 2014 ⁽¹¹⁾	Analisar os problemas decorrentes de eventos adversos gerados da utilização de BI e desenvolver um instrumento de identificação de conhecimentos de habilidades e usabilidades de BI.	Revisão Sistemática / Moderado	Identificou-se que a maior percentagem de problemas eram associados ao uso de bombas, sendo a maior percentagem encontrada no banco de dados da ANVISA (2006 - 2011)
Colômbia, 2016 ⁽¹²⁾	Diagnosticar o estado dos processos de incorporação de tecnologias nas diferentes instituições de saúde.	Revisão Sistemática / Moderado	Avaliou-se que a usabilidade de 2 equipamentos médicos foram positivas nos aspectos avaliados, pois demonstrou a importância do processo de incorporação de tecnologias em saúde.
Brasil, 2015 ⁽¹³⁾	Avaliar a usabilidade e as dificuldades encontradas por 99 profissionais de enfermagem no manuseio de prontuário eletrônico do paciente.	Pesquisa exploratória, descritiva / quantitativa / Moderado	Dentre as características avaliadas de usabilidade, destacam-se positivamente a adequação à tarefa e negativamente à adequação ao aprendizado.

Continua...

Continuação.

País / Ano	Objetivo da pesquisa	Tipo de estudo e nível de evidência	Principais achados
Brasil, 2015 ⁽¹⁴⁾	Analisar a usabilidade do Processo de Enfermagem Informatizado a partir da CIPE® 1.0 em Unidades de Terapia Intensiva.	Estudo de coorte experimental / quantitativa / Alto	Os critérios avaliados (uso, conteúdo e interface) mostraram que o CIPE (Classificação Internacional para práticas de Enfermagem) possui critérios de usabilidade, pois integra estrutura lógica de dados, avaliação clínica, diagnósticos e intervenções de enfermagem.
Brasil, 2016 ⁽¹⁵⁾	Analisar os critérios de ergonomia e usabilidade do Processo de Enfermagem Informatizado, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, segundo a ISO.	Estudo de coorte experimental / quantitativa / Alto.	A organização, conteúdo e critérios técnicos foram considerados "excelentes", e os critérios de interface foram considerados "muito bons". Os padrões analisados obtiveram médias acima de 4,0, sendo considerados "Muito bom" pelos participantes.
Brasil, 2015 ⁽¹⁶⁾	Avaliar interfaces gráficas de dois sistemas utilizados por grandes hospitais de São Paulo.	Estudo observacional / quanti-qualitativa / Alto.	Os dois sistemas estudados apresentam pontos positivos e negativos de usabilidade, com base nos "Critérios Ergonômicos" de Bastien e Scapin. Houve concordância de resultados nas duas metodologias de avaliação utilizadas.
Brasil, 2018 ⁽¹⁷⁾	Propor uma estratégia de análise que avalia o efeito do contexto de uso na medição de usabilidade do dispositivo.	Estudo exploratório / quantitativa / Moderado.	O ambiente mostrou influência sobre um maior número de variáveis. Os indicadores: procedimentos de uso, ambiente e aspectos da máquina, permitiram avaliar quais marcas, tipos de procedimentos e quais ambientes têm melhores resultados.
Brasil, 2019 ⁽¹⁸⁾	Mensurar o grau de satisfação de profissionais e identificar os fatores que podem influenciar na satisfação do usuário frente à usabilidade.	Estudo Transversal, Exploratório / quantitativa / Alto.	Quanto à usabilidade, 94% avaliaram o sistema como "bom", "excelente" ou "melhor impossível". A usabilidade do sistema não foi associada a idade, sexo, escolaridade, profissão, área de atuação, nível de conhecimento em informática e tempo de uso do sistema.
Brasil, 2017 ⁽¹⁹⁾	Identificar as tecnologias utilizadas pelo enfermeiro para promoção da segurança do paciente no contexto hospitalar.	Revisão Sistemática / Moderado.	Para promover segurança do paciente, os enfermeiros utilizam tecnologias duras - implantação de registros eletrônicos, bombas de infusão, sensores e sistemas computadorizados e de alerta; incorporam boas práticas em saúde - construção de instrumentos voltados para segurança do paciente e identificação de riscos; e realizam/participam de cursos de capacitação profissional - cálculo e administração de medicamentos e infusões intravenosas e outros.
Brasil, 2017 ⁽²⁰⁾	Identificar quais as dificuldades da equipe de Enfermagem no manejo das tecnologias durante a terapia intravenosa (TIV) e discutir dificuldades identificadas sob a perspectiva da segurança do paciente.	Estudo Descritivo / qualitativa / Moderado.	A maior dificuldade de ênfase cognitiva e técnica foi a falta de treinamento; e de ênfase administrativa, foi a falta de recursos materiais e humanos. As bombas de infusão e sua utilização adequada foram destacadas como o recurso tecnológico que mais contribuiu para a segurança do paciente.
Brasil, 2018 ⁽²¹⁾	Analisar o perfil dos alarmes de bombas infusoras em uma unidade intensiva.	Estudo observacional descritivo / quantitativo / Moderado.	Observou-se que os alarmes mais disparados pelas bombas infusoras estão relacionados ao fim de infusão (41,7%) e o de manipulação pela equipe (29,2%).
Estados Unidos, 2019 ⁽²²⁾	Avaliar a eficácia de uso de bombas no tratamento de delirium em duas UTIs no Texas.	Estudo de Coorte Intervencionista controlado / quantitativa / Alto.	Os componentes para uso seguro das bombas consistem em cessação da sedação, controle da dor e estimulação sensorial. A intervenção, analisada pelo modelo de regressão logística, diante da interação medicamentosa, reduziu as chances de delirium em 78%.
Alemanha, 2019 ⁽²³⁾	Reduzir os erros de medicação com bombas de infusão e determinar sua eficácia na área da saúde.	Estudo Observacional / Moderado.	O percentual de erros referentes à administração de medicamentos por bomba de infusão diminuiu de 17,7% (55 erros em 310 seringas) para 2,3% (7 erros em 307 seringas) em 18 meses.
EUA, 2015 ⁽²⁴⁾	Analisar dados de alerta que foram formatados em gráficos de dispersão de <i>Smart Pumps</i> .	Revisão sistemática / Moderado.	O Sistema Carolinas Health Care reduziu o número de alertas de bombas de infusão e permitiu a identificação dos medicamentos associados aos alertas mais significativos e menos significativos.
EUA, 2018 ⁽²⁵⁾	Medir as percepções da enfermeira relacionadas aos alarmes da bomba de infusão e comparar os novos dados com outros previamente coletados em alarmes clínicos.	Estudo observacional transversal / quantitativa / Moderado.	A colaboração da indústria de serviços de saúde é encorajada a estabelecer taxonomia de alarme de bomba, padrões de medição e dados de referência e a conduzir pesquisas necessárias para ajudar a identificar soluções criativas para melhorar o gerenciamento de alarmes de bombas. As soluções potenciais podem incluir a identificação de tecnologias alternativas de personalização de alarmes educação dos enfermeiros sobre práticas de configurações de bombas para reduzir alarmes desnecessários.
Canadá, 2014 ⁽²⁶⁾	Identificar os riscos associados a múltiplas infusões intravenosas e avaliar o impacto das intervenções na capacidade dos enfermeiros para administrá-los com segurança.	Estudo de Caso Controle / Alto.	Foram observados erros no preenchimento de tarefas comuns associadas à administração de múltiplas infusões IV: - Configurar e Programar várias infusões contínuas; - Identificar infusões IV - Gerenciar o volume morto; - Administrar um bolus IV. As intervenções testadas diminuíram significativamente ou até mesmo eliminaram erros em comparação com a linha de base.
EUA, 2018 ⁽²⁷⁾	Avaliar a usabilidade de bombas inteligentes, sua correlação com erros de medicação e o impacto na segurança dos pacientes.	Revisão sistemática / Moderado.	Embora o uso de bombas inteligentes tenha sido associado a reduções nas taxas de erro de medicação, elas não o eliminaram. Os dados atuais não sustentam que o uso de bombas inteligentes tenha tido um impacto mensurável na diminuição de eventos adversos a medicamentos. A administração de múltiplas infusões, infusões secundárias, bolus intravenosos e doses tituladas são particularmente propensas a erros. Erros de programação geralmente resultam de erros de uso relacionados à interface do dispositivo.
Israel, 2019 ⁽²⁸⁾	Estudar o processo de atualização da biblioteca de medicamentos e os fatores que contribuem para os atrasos na atualização da bomba.	Estudo observacional transversal / Alto.	Para evitar possíveis danos ao paciente causados por BI sem limites apropriados de drogas devido a atrasos na atualização, os hospitais devem monitorar a atualização da biblioteca de medicamentos de bombas.
EUA, 2016 ⁽²⁹⁾	Avaliar a eficácia de estratégias baseadas em evidências para limitar as interrupções durante o horário de pico da administração de medicação em três unidades de tratamento cardíaco e avaliar o impacto destas interrupções	Estudo de caso controle / Alto.	Interrupções e erros de medicação diminuíram significativamente após a implementação de estratégias baseadas em evidências. Interrupções evitáveis diminuíram 83% e após a implementação das estratégias baseadas em evidências 53%.
EUA, 2018 ⁽³⁰⁾	Determinar se a implementação de uma diretriz para medicamentos em bolus de infusões contínuas afeta a satisfação da enfermagem, segurança do paciente, utilização de medicação ou custo.	Estudo de caso controle / Alto.	O tempo mediano desde a decisão de dar um bolus até começar a infusão diminuiu em 169 segundos. A satisfação de enfermagem aumentou em 19,3% após a implementação. A segurança foi avaliada por meio da conformidade do código de barras, que diminuiu em 1,4% para pacientes e 1% para medicamento, sobre o limite de bombas inteligentes. Para avaliar a utilização de medicação, 50 pacientes em cada grupo de intervenção foram selecionados para revisão retrospectiva do prontuário.

DISCUSSÃO

Diante do levantamento bibliográfico realizado, observou-se diversas questões que envolviam a usabilidade de bombas de infusão na terapia intensiva e como a segurança do paciente era afetada frente à este manuseio. Para tanto, chegou-se a três categorias que englobavam assuntos comuns:

Usabilidade de bombas de infusão na terapia intensiva

A usabilidade implica diretamente na segurança durante administração de medicamentos por BI, principalmente nas unidades intensivas, onde são mais utilizadas. Trata-se de um dispositivo eletromecânico capaz de gerar fluxo de um dado fluido a pressões superiores à pressão do sangue no local da infusão. Possui alarmes e controles, possibilitando a infusão precisa e segura mesmo em baixas velocidades e longos períodos de tempo. Objetivando amenizar erros e aplicar doses mais fidedignas, foram criadas as bombas inteligentes.^(9,17)

A modernização destes dispositivos denota um desafio quanto ao uso correto visto que o uso das bombas inteligentes não garante a isenção de erros. A intervenção humana pode fortalecer sua capacidade em prover uma terapia mais orientada e direcionada ao paciente.⁽²⁹⁾

Para Nielsen, americano criador do movimento de engenharia da usabilidade, uma característica do fator humano, refere-se à velocidade com que os usuários aprendem a usar algo, a eficiência em usá-los, a lembrança dos comandos e se gostam de usar um recurso em particular, ou seja, busca-se obter o *feedback* sobre o produto em questão. Dentre os seus objetivos, destaca-se avaliar se as tarefas são fáceis de ser desempenhadas, ou seja, um sistema é considerado eficaz quando permite que os usuários atinjam seus objetivos.⁽¹¹⁻¹³⁾

Portanto, o campo de fatores humanos tem um papel importante a ser desempenhado no desenvolvimento de dispositivos, principalmente pela publicação de numerosos relatórios que evidenciam claras ligações entre perigos e problemas de usabilidade.⁽³⁰⁾

Um sistema difícil de utilizar e aprender, com informações inacessíveis e sem ergonomia, desmotiva o usuário e faz com que o mesmo deixe de utilizar o sistema, para isto é necessário que haja um entendimento por parte dos gestores da importância da aquisição de bombas de fácil manuseio, para reduzirem as chances de ocorrência de EA.^(15,16)

Ocorrência de eventos adversos na utilização das bombas de infusão

Para aquisição e incorporação de equipamentos médicos, são necessários métodos de avaliação quanto a eficácia,

além de questões relacionadas aos custos gerados por esta implantação.^(10,11) Esta etapa é de extrema importância, pois irá gerar melhor qualidade na assistência aos pacientes hospitalizados, conseqüentemente, reduzindo a ocorrência de erros.

Os erros de administração de medicações são um problema de grande significância, representando em torno de 19,4% de todos os eventos adversos. Em geral, as bombas são concebidas para melhorar a precisão das infusões intravenosas, permitindo que os profissionais de saúde possam programar vazão, volume e tempo. No entanto, a maioria dos eventos adversos (EAs) associados a dispositivos intravenosos (IV) são resultantes da programação manual a partir de configurações incorretas na BI.^(31,32)

Resultados de um estudo americano recente revelaram que as complicações relacionadas ao uso de medicações são o tipo de evento adverso mais comum na internação hospitalar, sendo muitos referentes à dificuldade de uso das bombas para programação correta e distinção dos medicamentos de acordo com sua possibilidade ou não de interação.⁽¹⁹⁾

Os EA são resultados de diversos fatores desfavoráveis, como a estrutura física do local de trabalho; inadequação de recursos materiais; jornadas de trabalho exaustivas; ausência de educação continuada; falta de estímulos à notificação de EA, entre outros.⁽¹⁷⁾

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem no Brasil constatou que a falta de treinamento era o fator principal na repercussão direta do déficit de conhecimento e no desempenho adequado das técnicas que utilizam as bombas de infusão como ferramenta, além de não usufruírem dos benefícios destas tecnologias em sua totalidade.^(18,29)

O impacto da usabilidade de alarmes na segurança do paciente

Os problemas inerentes à segurança do paciente em UTI vão além dos eventos relacionados aos erros na administração de medicamentos. A grande monitorização de variáveis fisiológicas, o conseqüente aumento no número de sinais de alarmes sonoros disparados pelos equipamentos e a sua inadequada utilização, ameaçam esta segurança.⁽⁷⁾

Neste sentido, é importante o gerenciamento dos alarmes dos equipamentos para garantia de uma assistência mais segura. No que tange a utilização das bombas inteligentes, um dos aspectos mais relevantes das bibliotecas de drogas é seu dinamismo, pois possibilita revisões e atualizações de novos fármacos e a eliminação de outros que se encontram obsoletos. Se os limites dos fármacos não estão bem delimitados, podem não refletir a realidade da prática clínica, podendo traduzir-se na geração de alarmes desnecessários.⁽³³⁾

O elevado número de alarmes inconsistentes pode fazer com que o risco real se perca em uma cacofonia de ruídos devido ao acúmulo de dispositivos com alarmes concorrentes, provocando dessensibilização por parte da equipe e tornando-se um problema típico da usabilidade, que acarreta a denominada: fadiga de alarmes.^(14,34)

As consequências oriundas da ruptura da segurança do paciente aumentam os gastos com a saúde, o tempo de internação, podendo implicar em complicações que evoluem a óbito. Sendo assim, a equipe de enfermagem possui papel fundamental, representando uma barreira no que concerne a percepção de alarmes e administração de medicamentos por BI.

Diante disto, esta equipe deve planejar ações, utilizar, de preferência, as *smart pumps* e programar de forma correta estes equipamentos, pois além de aumentarem a segurança para o paciente, melhoram a qualidade da assistência de enfermagem.^(17,20)

Trata-se de uma temática incipiente, com estudos em ascensão, porém de forma progressiva. Portanto, este estudo procura dar visibilidade ao tema, trazendo pesquisas recentes e de boa evidência.

Adensar o conceito de assistência segura na cultura dos profissionais de saúde que militam nesse ambiente (UTI), fortalecendo a qualidade assistencial como prioritária para redução de eventos indesejáveis.

CONCLUSÃO

Constatou-se que a equipe de enfermagem é a profissão de destaque no que concerne à segurança do paciente nos mais variados cuidados. Mais especificamente neste estudo, foi possível observar que a usabilidade adequada das bombas durante a programação de infusões assegura uma assistência de qualidade. Notou-se também que estes profissionais foram considerados barreiras quanto a ocorrência de erros e eventos adversos, pois quando devidamente treinados, demonstravam domínio da técnica de manipulação, satisfação pessoal, com conseqüente eficácia durante o uso. Por fim, a destreza na usabilidade de alarmes demonstrou-se benéfica por corroborar com maior atenção da equipe e evitar a ocorrência da fadiga e dessensibilização destes alarmes.

Contribuições

a) concepção e/ou desenho do estudo - Fernanda dos Anjos e Graciele Oroski. b) coleta, análise e interpretação dos dados- Fernanda dos Anjos, Graciele Oroski, Ana Paula Amorim e Poliana Moreira. c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito- Fernanda dos Anjos, Graciele Oroski, Ana P. Amorim e Poliana Moreira. d) aprovação da versão final a ser publicada- Graciele Oroski e Ana P. Amorim.

REFERÊNCIAS

- Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JL, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):475-82.
- Etelvino M, Santos N, Aguiar B, Assis T. Segurança do paciente: uma análise do aprazamento de medicamentos. *Enferm Foco*. 2020;10(4):87-92.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, FIOCRUZ, ANVISA; 2014 [citado 2019 Out 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Medication safety program. Atlanta: CDC; 2016. 29p.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC N.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para Segurança do Paciente em serviços de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília (DF): ANVISA; 2013 [citado 2019 Set 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
- Greitzer FL. Situated Usability Testing for Security Systems. Pacific NorthWest National Laboratory, 2011[cited 2019 Jun 10]. Disponível em: https://www.pnnl.gov/main/publications/external/technical_reports/PNNL-20201.pdf
- Lopes B, Vargas M, Azeredo N, Behenck A. Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática. *Enferm Foco*. 2012;3(1):16-21.
- Montague E, Asan O, Chiou E. Organizational and technological correlates of nurses' trust in a smart intravenous pump. *Comput Inform Nurs*. 2013;31(3):142-9.
- Ohashi K, Dalleur O, Dykes PC. Benefits and risks of using smart pumps to reduce medication error rates: a systematic review. *Drug Saf*. 2014;37(12):1011-20.
- Pereira MG, Galvão TF. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(2):369-71.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistemática.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE - Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf

13. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Administração: não basta usar, é preciso conhecer a maneira correta. In: *Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica*. Brasília (DF): OPAS; 2016. [citado 2019 Jun 25]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1546-administracao-nao-basta-usar-e-preciso-conhecer-a-maneira-correta-68&Itemid=965
14. Holsbach, LR, Kliemann Neto FJ, Holsbach N. Utilização do instrumento de identificação de conhecimentos para administração segura de medicamentos com o uso de infusão automática. *Rev Bras Eng Bioméd*. 2013;(29)4:353-62.
15. Ardila MA, Gómez A, Camacho-Cogollo JE. Incorporación de tecnología biomédica para instituciones de salud. *Rev Mex Ing Biomed*. 2016;(10)20:35-42.
16. Lahm JV, Carvalho DR. Electronic health records: evaluation of usability by the nursing team. *Cogitare Enferm*. 2015;20(1):38-44.
17. Barra DC, Dal Sasso GT, Almeida SR. Usabilidade do Processo de Enfermagem Informatizado a partir da CIPE® em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):326-34.
18. Almeida SR, Dal Sasso GT, Barra DC. Processo de enfermagem informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: ergonomia e usabilidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):998-1004.
19. Yamamoto TT, Bandiera P, Ito M. Avaliação da usabilidade de interface gráfica de dois sistemas de Gestão Hospitalar. *J Health Inform*. 2015;7(2):37-41.
20. Grebin SZ, Echeveste M, Magnago PF, Tanure RL, Pulgati H. Estratégia de análise para avaliação da usabilidade de dispositivos médicos na percepção do usuário: um estudo com pacientes em tratamento de hemodiálise. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00074417.
21. Padriani-Andrade L, Balda RC, Areco KC, Bandiera-Paiva P, Nunes MV, Marba ST, et al. Avaliação da usabilidade de um sistema de informação em saúde neonatal segundo a percepção do usuário. *Rev Paul Pediatr*. 2019;37(1): 90-6.
22. Cestari VR, Ferreira MA, Garces TS, Moreira TM, Pessoa VL, Barboset L. Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2017;(22)3:e45480.
23. Moreira AP, Escudeiro CL, Christovam BP, Silvino ZR, Carvalho MF, Silva CL. Uso de tecnologias na terapia intravenosa: contribuições para uma prática mais segura. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(3):623-9.
24. Franco AS, Luna AA, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Silva RC. Segurança na utilização de bombas infusoras: análise dos alarmes. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(5):1331-7.
25. Smith CD. Feasibility and effectiveness of a delirium prevention bundle in critically ill patients. *Am J Crit Care*. 2017;(26):19-27.
26. Van der Sluijs AF, Slobbe-Bijlsma ER, Goossens A, Vlaar AP, Dongelmans DA. Reducing errors in the administration of medication with infusion pumps in the intensive care department: A lean approach. *SAGE Open Med*. 2019;(7):1-8.
27. Mansfield J, Jarrett S. Optimizing Smart Pump Technology by Increasing Critical Safety Alerts and Reducing Clinically Insignificant Alerts. *Hosp Pharm*. 2015;50(2):113-7.
28. Vitoux RR, Schuster C, Glover KR. Perceptions of Infusion Pump Alarms. *J Infus Nurs*. 2018;(41)5:113-7.
29. Pinkney S, Fan M, Chan K, Koczmar C, Colvin C, Sasangohar F, et al. Multiple intravenous infusions phase 2b: laboratory study. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2014;14(5):1-163.
30. Giuliano KK. Intravenous Smart Pumps Usability Issues, Intravenous Medication Administration Error, and Patient Safety. *Crit Care Nurs Clin N Am* 30. 2018;215-224.
31. Hsu K, DeLaurentis P, Yih Y, Bitan Y. Tracking the Progress of Wireless Infusion Pump Drug Library Updates – A Data-Driven Analysis of Pump Update Delays. *J Med Syst*. 2019;(43):75.
32. Harding, Andrew D. Use of intravenous smart pumps for patient safety. *J Emerg Nurs*. 2011;37(1):71-2.
33. Schmettow M, Vos W, Schraagen JM. With how many users should you test a medical infusion pump? Sampling strategies for usability tests on high-risk systems. *J Biomed Inform*. 2013;46(4):626-41.
34. Tourville J. Automation and error reduction: how technology is helping Children's Medical Center of Dallas reach zero-error tolerance. *US Pharm*. 2003;(28)1:80-6.

ASPECTOS ÉTICOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO EM CUIDADOS PALIATIVOS

ETHICAL ASPECTS OF NURSING CARE FOR THE ELDERLY IN PALLIATIVE CARE

ASPECTOS ÉTICOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL AIREO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira¹

Monah Licia Santos de Almeida²

Carolina Pedra Branca Valentim Silva¹

Darci de Oliveira Santa Rosa¹

Nildete Pereira Gomes¹

Larissa Chaves Pedreira¹

(<https://orcid.org/0000-0001-8375-8826>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5994-9569>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8176-4819>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5994-9569>)

(<http://orcid.org/0000-0002-1690-4122>)

(<http://orcid.org/0000-0001-8939-324X>)

Descritores

Cuidados paliativos; Idoso;
Enfermagem; Ética; Bioética

Descriptors

Palliative care; Old man; Nursing;
Ethic; Bioethics

Descriptores

Cuidados paliativos; Personas de
edad avanzada; Enfermería; Ética;
Bioética

Recibido

17 de Março de 2020

Aceito

12 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira
E-mail: leliasobrinho79@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar e descrever as evidências disponíveis na literatura sobre os aspectos éticos do cuidado do enfermeiro ao idoso em cuidados paliativos.

Métodos: Revisão integrativa na literatura com busca na Biblioteca Virtual em Saúde, no período abril a maio de 2019, com combinação dos descritores: "cuidados paliativos", "enfermagem", "idoso" e "ética".

Resultados: Amostra de 04 artigos agrupados nas categorias temáticas: "princípios éticos e o dilema do enfermeiro na prestação dos cuidados paliativos" e "o papel do enfermeiro no alívio do sofrimento do idoso em cuidados paliativos". Identificou-se que o princípio ético mais discorrido foi a da autonomia e a importância do conhecimento para a manutenção da ética das relações foi salientada.

Conclusão: Entender o indivíduo na sua singularidade e preservar a sua dignidade, é papel do enfermeiro. Considerando a importância do tema, o volume de publicações sobre o assunto foi insuficiente para responder as inquietações do estudo.

ABSTRACT

Objective: To identify and describe the available evidence in the literature on the ethical aspects of nursing care for the elderly in palliative care.

Methods: Integrative review in the literature with search in the Virtual Health Library, from April to May 2019, combining the descriptors: "palliative care", "nursing", "elderly" and "ethics".

Results: Sample of 04 articles grouped in the categories: "ethical principles and the dilemma of nurse in the palliative care delivery" and "the role of the nurse in the relief of the suffering of the elderly in palliative care". It was identified that the most ethical principle was autonomy and the importance of knowledge for the maintenance of the ethics of relations was evidenced.

Conclusion: To understand the individual in his singularity and to preserve his dignity, is the role of the nurse. Considering the importance of the topic, the volume of publications on the subject was insufficient to respond to the concerns of the study.

RESUMEN

Objetivo: Identificar y describir las evidencias disponibles en la literatura sobre los aspectos éticos del cuidado del enfermero al anciano en cuidados paliativos.

Métodos: Revisión integrativa en la literatura con búsqueda en la Biblioteca Virtual en Salud, en el periodo abril a mayo de 2019, con combinación de los descriptores: "cuidados paliativos", "enfermería", "anciano" y "ética".

Resultados: Muestra de 04 artículos agrupados en las categorías: "principios éticos y el dilema de la enfermera en prestación de los cuidados paliativos" y "el papel del enfermero en el alivio del sufrimiento del anciano en cuidados paliativos". Se identificó que el principio ético más discutido fue la de la autonomía y se evidenció la importancia del conocimiento para el mantenimiento de la ética de las relaciones.

Conclusión: Entender al individuo en su singularidad y preservar su dignidad, es papel del enfermero. Considerando la importancia del tema, el volumen de publicaciones sobre el tema fue insuficiente para responder a las inquietudes del estudio.

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

²Universidade Salvador, Salvador, BA, Brasil.

Como citar:

Oliveira LM, Almeida ML, Silva CP, Rosa DO, Gomes NP, Pedreira LC. Aspectos éticos do cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos. *Enferm Foco*. 2021;12(2):393-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3321

INTRODUÇÃO

O cuidado no contexto de manutenção da vida de pacientes que estão em processo de finitude é denominado de Cuidados Paliativos (CP). De acordo com a World Health Organization (2018), podemos defini-lo como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares, que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. Previne e alivia sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais.⁽¹⁾

O processo de envelhecimento traz alterações físicas, cognitivas e sociais. Esse acentuado envelhecimento populacional, houve um aumento na incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT),⁽²⁾ ocasionando na pessoa idosa maior necessidade de profissionais capacitados para atenderem de forma adequada e humanizada essa população.⁽³⁾

Os CP são indicados a esta população com vistas a melhoria da sua qualidade de vida, buscando um cuidado mais humanizado, o respeito e a promoção de uma morte digna.⁽⁴⁾

No que tange a uma assistência de qualidade nos CP, a equipe multiprofissional favorece a realização dos cuidados efetivos e completos, assistindo ao indivíduo em todas as suas dimensões, implicando o bem-estar físico e psicológico e o respeito a sua dignidade.⁽⁵⁾ Com uma abordagem diferenciada e multidimensional, os enfermeiros se destacam como um dos principais profissionais desta equipe de saúde. Esse destaque, ocorre em virtude da proximidade do enfermeiro com as ações assistenciais prestadas diretamente ao indivíduo, como em relação a sua formação técnico científico que possibilita a ampliação da capacidade de intervir além dos sinais e sintomas.

Os cuidados de enfermagem envolvem a condição ética que reflete diretamente na dignidade humana e suas tomadas de decisões. A ética, dentro do campo da saúde, envolve um arcabouço de princípios para proteção da vida dos indivíduos, além de nortear valores fundamentais para a manutenção da integridade das pessoas, interagindo nos processos da saúde/doença.⁽⁶⁾ Dessa forma, a ética fundamenta os CP, devido à busca, reflexão e resposta aos direitos dos pacientes que estão em processo de finitude de vida.⁽⁴⁾

No que tange a relação entre ética e enfermagem, é possível identificar alguns princípios bioéticos fundamentais para a prestação dos cuidados, são eles: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Esses quatro princípios permeiam o funcionamento e fundamentam a qualidade da assistência de enfermagem na perspectiva dos cuidados paliativos.

Em relação a base conceitual destes princípios bioéticos, pode-se entender como beneficência, a "obrigação moral de agir em benefício de outros", a não maleficência como "não devemos infligir o mal ou o dano", a justiça sendo uma "virtude da proteção dos direitos individuais" e a autonomia definida como "autogoverno e direito de liberdade de ser e pertencer a si mesmo".⁽⁷⁾

Visto que os cuidados paliativos no processo de finitude de vida dos idosos é um tema em que os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, defrontam-se com os princípios éticos e bioéticos envolvidos durante os cuidados prestados cotidianamente, este trabalho tem como questão de investigação, quais são os aspectos éticos do cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos?

Identificar e descrever as evidências disponíveis na literatura sobre os aspectos éticos do cuidado do enfermeiro ao idoso em cuidados paliativos.

MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa. Uma alternativa que revisa rigorosamente e combina estudos com diversas metodologias e integra os resultados, mantendo o rigor metodológico das revisões sistemáticas. A revisão integrativa deste estudo foi construída a partir de seis etapas previamente estabelecidas:⁽⁸⁾ (1) identificação do tema e da questão norteadora do estudo; (2) formulação dos critérios de exclusão e inclusão; (3) definição das informações que serão retiradas da literatura selecionada formando uma categorização dos estudos; (4) avaliação dos artigos já incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação e compilação dos resultados identificados, (6) apresentação da síntese dos conhecimentos adquiridos.

Na Enfermagem, estudos dessa natureza vêm sendo utilizados para indicar as características da produção científica da área. Espera-se contribuir com o tema pela especial relevância principalmente para as práticas baseadas em evidências, por ser uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde.⁽⁹⁾

O estudo foi realizado como produto para fins de avaliação do componente curricular de "Ética e bioética no cuidado, na pesquisa e na saúde" no mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, em 2019.

Tem-se como questão norteadora: Quais são os aspectos éticos da prática profissional do enfermeiro em textos publicados sobre o cuidado ao idoso em processo de finitude da vida?

A busca foi realizada no período entre abril e maio de 2019. Para a busca de artigos foi realizada uma pesquisa na

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando as seguintes bases de dados: National Library of Medicine (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). Salientamos que, para efetivação da busca dos artigos nas referidas fontes de dados, utilizou-se a terminologia em saúde a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Com apoio na questão norteadora do estudo, utilizaram-se os descritores “enfermagem” OR “cuidados paliativos” OR “idoso” sendo identificados 15.403 publicações e combinados com o operador booleano AND “ética”, desta combinação obtiveram-se artigos para leitura condicionada ao título, resumo ou assunto do trabalho, com vistas a refinar os estudos que abordassem apenas a temática, objeto de estudo.

Com vistas a seleção da amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: publicações na modalidade texto completo, sob a forma de artigos, com a autoria de enfermeiros, que abordassem cuidados paliativos, doente terminal, cuidados paliativos na terminalidade da vida, bio-ética, ética, ética em enfermagem, publicados entre 2015 e 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol e com limites de humanos e idoso. Com isto, a amostra foi reduzida para 110 artigos, e os demais foram excluídos por não atenderem aos critérios propostos (Figura 1).

Dos 110 artigos separados, foi realizado uma triagem pelo título e resumo. Destes, 12 apresentavam acesso restrito, 94 não estavam relacionados ao estudo proposto, restando 04 para análise mais aprofundada diante a proximidade com nosso objetivo e critérios de seleção, conforme mostra o fluxograma na figura 1.

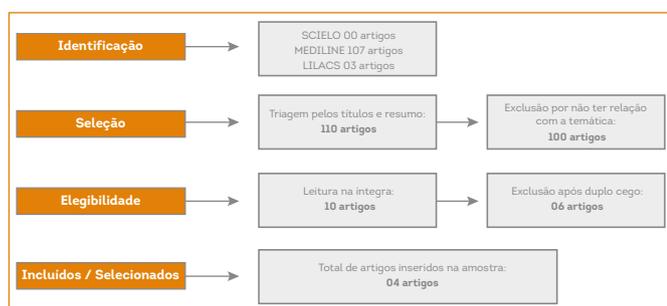


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção e exclusão dos estudos

Para a separação dos artigos, inicialmente foram analisados os títulos e resumos de cada artigo para assegurar que eles contemplavam o objetivo do estudo e os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Após seleção e inclusão dos artigos pertinentes, foi realizada a leitura minuciosa deles na íntegra, com destaque aos pontos importantes encontrados, construindo-se, desta forma, uma síntese dos

dados com base em um instrumento de coleta elaborado especificamente para o estudo, onde constava: o título do artigo, autor (es), procedência dos autores, tipo de pesquisa, Qualis/fator de impacto, nível de evidencia (Quadro 1).

Para investigação mais criteriosa dos artigos encontrados, cada um foi analisado de acordo com as seguintes informações: cenário, procedência dos autores, classificação/fator de impacto do periódico da publicação, procedência do estudo, participantes, tipo de estudo, objetivo e resultados encontrados. Estes dados tiveram como propósito agregar o conhecimento produzido sobre os aspectos éticos do cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos, objeto deste estudo.

Em relação à classificação dos níveis de evidência, considerou-se: Nível 1 – evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2 - evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3 - evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4 - evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5 - evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; e Nível 6 – evidências baseadas em opiniões de especialistas.⁽¹⁰⁾

Conforme princípios éticos, a pesquisa respeitou os direitos autorais dos estudos analisados.

RESULTADOS

O quadro 1 apresenta os dados de cada estudo e as variáveis analisadas dos artigos selecionados.

Foram selecionados para análise mais aprofundada 04 artigos. Na avaliação, observou-se que a abordagem metodológica destacou: dois artigos com abordagem qualitativa, uma pesquisa-ação e um estudo de caso. Quanto ao artigo, *Quality care as ethical care: a poststructural analysis of palliative and supportive district nursing care*, publicado no ano de 2015, o mesmo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada nos países da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, com 26 pacientes com necessidades de cuidados paliativos e de suporte, recebendo assistência de enfermagem distrital e de 13 cuidadores leigos. O objetivo era relacionar o conhecimento como uma preocupação ética, inter-relacionar a interação enfermeiro-paciente-cuidador na qualidade do atendimento. O conhecimento dos cuidados de enfermagem do distrito foi demonstrado como componente chave para alcançar isso. Percebeu-se a necessidade do conhecimento (como conceito ético) dos cuidados prestados pelos enfermeiros, para a melhoria do conhecimento dos pacientes e familiares em busca de uma assistência de qualidade. Ressalta ainda, que os pacientes e cuidadores precisam ser capazes de redistribuir

Quadro 1. Identificação dos artigos selecionados nas bases de dados

Título do Artigo	Autor (es)	Procedência do (s) autor (es)	Tipo de pesquisa	Qualis / Fator de impacto	Nível de Evidência
Quality care as ethical care: a poststructural analysis of palliative and supportive district nursing care. ⁽¹¹⁾	Nagington M, Walshe C, Luker KA	University of Manchester, Reino Unido; Lancaster University, Reino Unido; University of Manchester, Reino Unido.	Qualitativa	A1	4
Solicitude: balancing compassion and empowerment in a relational ethics of hope-an empirical-ethical study in palliative care. ⁽¹²⁾	Olsman E, Willems D, Leget C	University of Amsterdam, Holanda; University of Amsterdam, Holanda; University of Humanistic studies, Holanda.	Qualitativa	B1	4
Realising dignity in care home practice: an action research project. ⁽¹³⁾	Gallagher A, Curtis K, Dunn M, Baillie L	University of Lancashire, Reino Unido; Kingston University and St. Georges University London, Reino Unido; University of Oxford, Reino Unido; University of the South Bank, Reino Unido.	Pesquisa-ação	0,87	4
Palliative Care in the Acute Care Setting. ⁽¹⁴⁾	Goldsbrough JL, Matzo M	University of Maryland Upper Chesapeake Medical Center, EUA; Director of the Association of Nurses in palliative care and hospices, EUA.	Estudo de caso	A1	5

e reconstruir o conhecimento de seus serviços de forma colaborativa, para ir além das formas atuais de trabalho.⁽¹¹⁾

Já a pesquisa *Solicitude: balancing compassion and empowerment in a relational ethics of hope-an empirical-ethical study in palliative care*, publicada na Holanda no ano de 2016 - teve como método de investigação uma abordagem qualitativa, realizada com pacientes, amigos, familiares responsáveis e profissionais de saúde. As intervenções ocorreram em residências, hospício e em instituições de assistência domiciliar a fim de descrever uma ética relacional da esperança. Para tanto, teve-se como linha de base as perspectivas dos indivíduos entrevistados sobre os cuidados paliativos de uma forma ampla. E com isso, foi possível compreender a esperança na saúde, oferecer a abertura de um novo respaldo ao cuidado da equipe multidimensional de saúde, para uma ética relacional da esperança.⁽¹²⁾

O artigo publicado em 2017 na Inglaterra e intitulado *Realising dignity in care home practice: na action research project* trata-se de uma pesquisa-ação com grupos de funcionários e grupos de residentes e parentes em quatro casas de assistência ao sul da Inglaterra. O objetivo era explorar a melhor forma de traduzir o conceito de dignidade para a prática do cuidado domiciliar, e como apoiar esse processo de tradução permitindo que os enfermeiros exercessem a liderança ética dentro do ambiente do cuidado domiciliar. Foram desenvolvidas versões impressas e on-line de orientações para promoção da dignidade, e versões personalizadas para os lares participantes. Os enfermeiros e cuidadores identificaram o impacto positivo de reservar tempo para discussão sobre questões relacionadas à dignidade. Os enfermeiros identificaram oportunidades contínuas de usar suas estratégias para apoiar todo o pessoal.⁽¹³⁾

Já o estudo de caso: *Palliative Care in the Acute Care Setting*, realizado em um hospital de cuidados paliativos nos Estados Unidos da América (EUA), em 2017, identificou e examinou os problemas encontrados na abordagem de

um paciente voluntário. Teve como objetivo estabelecer uma melhoria na assistência prestada pelos enfermeiros aos pacientes e seus familiares, independente do estágio da doença ou necessidade de outras terapias. Devido a isso, foi possível organizar as metas de atendimento individualizadas garantindo assim o cuidado voltado para os valores e crenças do paciente.⁽¹⁴⁾

DISCUSSÃO

Após análise dos estudos verificou-se que o volume de publicações sobre o assunto foi reduzido ao considerar a importância dos aspectos éticos dos cuidados paliativos e da qualidade da assistência prestada. Na análise do conteúdo dos textos selecionados, emergiram as seguintes categorias: Princípios éticos e o dilema do enfermeiro na prestação dos cuidados paliativos; e O papel do enfermeiro no alívio do sofrimento do idoso em cuidados paliativos.

Princípios éticos e o dilema do enfermeiro na prestação dos cuidados paliativos

Entre estes estudos selecionados, pode-se descrever a associação entre aspectos éticos e cuidados da enfermagem na palição, implicado em uma ética relacional baseada no conhecimento como conceito ético nas relações, ao refletir fundamentados em valores e crenças do paciente e comparado no respeito à sua dignidade.

A escolha das atividades e decisões diárias sobre o cuidado ao paciente, estabelece para os enfermeiros, uma sensação de serem valorizados e providos de afirmação, quando enfatiza sua responsabilidade como líderes do cuidado ético, aspirantes a promoção de cuidados de boa qualidade, buscando a eficácia de suas lideranças, e capacitando-se para o modelo de dignidade no cuidado.⁽¹¹⁾ Ele sugere que o empoderamento por meio do envolvimento, promove a dignidade dos idosos, cuidadores e enfermeiros, devido a um melhor senso de valor pessoal em ter suas

vozes ouvidas e suas opiniões utilizadas no desenvolvimento de mudanças. Promovendo com isso, o valor da dignidade dentro de ambientes de cuidados para idosos.

Entende-se que no contexto da ética e dos cuidados de enfermagem ao idoso devem ser estruturados conforme o grau de saúde apresentado por ele, assegurando a sua participação no gerenciamento de todo o seu cuidado de maneira segura e de forma a preservar a sua autonomia. Neste sentido, identificamos nos artigos encontrados, que o princípio ético mais discorrido foi a da autonomia. O que nos reporta a importância de se desenvolver melhor a abordagem do tema, de forma a contemplar os demais princípios da bioética não menos relevantes para a prática profissional.

Em um estudo de revisão integrativa realizada com o objetivo de conhecer aspectos relacionados à infantilização e ao desrespeito à autonomia do idoso no cuidado de enfermagem, foi identificado como aspecto ético que o respeito a autonomia pressupõe a oferta de informações e a obtenção do consentimento informado do idoso, através da manifestação da sua vontade, sem ter sido submetido a coação, influência, indução ou intimidação.⁽¹⁵⁾

Pesquisa realizada na Holanda, sobre cuidados paliativos, em 2016, salienta que cabe ao enfermeiro identificar o que ainda pode ser feito antes do paciente morrer e reconhecer o poder dele apesar da doença.⁽¹²⁾ Na perspectiva dos aspectos éticos no cuidado ao idoso, esse empoderamento pode ser constatado como benéfico em pesquisa que salienta que tornar-se o ser ativo de seu processo e se manter dinâmico na sociedade remeteu os participantes à necessidade do empoderamento, da busca por estimulação e formas saudáveis de viver, para vivenciem o processo de envelhecimento.⁽¹⁶⁾

O surgimento de dilemas éticos e bioéticos a ser considerado dentro do contexto da conduta profissional do enfermeiro e que mereceu destaque em um dos artigos encontrados, é a situação de revelação da verdade ao paciente sobre sua condição de finitude. Na veracidade que cabe ao enfermeiro o papel de estabelecer o tomador de decisões e/ou substituto legal se a pessoa não puder tomar suas próprias decisões.⁽¹⁴⁾ Essa base ética também se vincula a ideias que abordam questões de relações e poder, e compaixão e reconhecimento da vulnerabilidade do idoso.

O conhecimento do enfermeiro acerca dos direitos do idoso e a necessidade de sua implementação nas decisões diárias da sua prática de cuidados constitui-se em uma baliza bioética para os cuidados. Dentre os direitos do paciente em palição estão o de ser cuidado em todos os sentidos, o de expressar seus sentimentos e valores; ser informado, participar das decisões, ser visto como pessoa

e principalmente em manter sua dignidade.⁽¹⁷⁾ É Preciso incorporar a ideia que os CP em enfermagem é poder compartilhar momentos de amor e compaixão, entendendo o indivíduo na sua singularidade e acima de tudo preservando a sua dignidade, para que otimize da melhor forma possível o tempo que lhe resta, com a certeza de que será assistido durante todo seu momento de passagem.

A Bioética nesse contexto, assume importante papel na formação do enfermeiro no que diz respeito a compreensão do envelhecimento, e do processo de palição com suas múltiplas facetas e as políticas públicas; pois contribui para um profissional mais reflexivo, capaz de compreender as necessidades do outro nas diferentes fases da vida, de forma humanizada, crítica e capaz de repensar sua prática. Desta maneira, entende-se que o profissional de enfermagem se depara com situações dilemáticas diante da assistência ao idoso ou à pessoa em palição, devendo analisar os fatos sob a perspectiva bioética em todas as suas vertentes.

O papel do enfermeiro no alívio do sofrimento do idoso em cuidados paliativos

Por conta de um maior tempo de convivência e muitas vezes pelo estabelecimento de vínculos afetivos com o paciente, o enfermeiro é o que mais interage com ele. Estudo sinaliza para a necessidade de abordar a temática de CP na formação dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, pois percebe-se um despreparo da equipe em cuidar de pessoas no final de suas vidas.⁽¹⁸⁾

Em alguns espaços, o profissional de enfermagem passa 24h do seu dia assistindo à pacientes.⁽¹⁹⁾ Este convívio favorece o aprimoramento das relações estabelecidas e maior facilidade na abordagem de questões existenciais, da morte, do morrer e da espiritualidade. A abordagem holística para o gerenciamento de sintomas no processo de palição é realizada de forma a ajudar no conforto do paciente.⁽¹⁴⁾

Entende-se que o objetivo do cuidado ao paciente em finitude de vida deve considerar a preservação da sua qualidade de vida. O profissional de enfermagem deve pautar as suas ações cotidianas de forma a considerar o atendimento as necessidades de apoio familiar, de perdão, de amor, de crença e esperança do paciente, bem como estimular a fé e a crença do paciente é fundamental para o auxílio na superação das adversidades que a finitude apresenta no seu cotidiano.

Pesquisa sinaliza que o enfermeiro deverá construir o plano de cuidados de forma a refletir os desejos e objetivos declarados pelo paciente ou familiar cuidador, buscando aliviar o sofrimento, e levando a sério a perda de esperança e angústia.⁽¹³⁻¹⁵⁾ Isto significa que o conhecimento

da enfermeira não se limita apenas ao cuidado físico,⁽¹⁹⁾ tanto o conhecimento quanto os cuidados perpassam pelo cuidado não físico (de ordem psicológica e/ou espiritual), principalmente no que tange aos pacientes no processo de finitude de vida.⁽²⁰⁾

Compreende-se que a enfermagem envolve diferentes perspectivas de atuação, de modo que visa conhecer e respeitar os valores pessoais, psicológicos, sociais, espirituais e culturais do idoso em finitude de vida, atuando como interlocutor com os demais membros da equipe e favorecendo uma abordagem que busque melhorar a qualidade desses pacientes e familiares. Vale salientar que, as únicas pessoas com quem os pacientes e cuidadores se encontram e que podem influenciar os cuidados são os enfermeiros.⁽¹⁹⁾ Na perspectiva bioética, esta abordagem inclui o exercício da compaixão, que é o reconhecimento compartilhado de fragilidade e sofrimento.⁽¹²⁾

Foi identificado, por meio da análise dos artigos envolvidos, que na atualidade o controle da dor tornou-se prioridade nos CPs em virtude de sua alta prevalência em relação aos outros sintomas e por ser uma das maiores preocupações entre os pacientes pelo medo da perda da sua dignidade. Desta maneira cabe ao profissional de enfermagem prover meios através do emprego das técnicas adequadas para o alívio da dor e do sofrimento emocional no qual o paciente encontra-se imerso.

Considerando a prestação de cuidados paliativos, uma lacuna identificada nos textos foi a ausência dos "princípios da proporcionalidade terapêutica" vivenciado pela enfermeira, que consiste em uma obrigação moral de implementar todas as medidas terapêuticas com a responsabilidade de preservar a vida sem sofrimento. Frente a este princípio bioético, este profissional deve considerar a implementação de medidas para o alívio do sofrimento, bem como para as possíveis repercussões de sua ação. No que tange os cuidados, estudo sinaliza que o compromisso ético e a atuação prática dos profissionais potencializam a implementação dos CP com qualidade.⁽¹⁸⁾

Uma limitação importante é que foram encontrados poucos estudos abordando a temática. Destaca-se também a necessidade do pesquisador ter conhecimento prévio sobre o tema e da restrição quanto ao volume de publicações identificadas. Durante todo o processo se fez necessária a intervenção do autor com vistas à identificação das palavras-chave, realização das filtragens e, sobretudo, para a

avaliação do artigo pesquisado quanto a seu alinhamento com o tema proposto.

Esse estudo contribuirá para a discussão e reflexão sobre a importância da identificação na prática cotidiana dos princípios éticos no cuidado de enfermagem ao idoso dentro do processo de finitude da vida. Também a necessidade de um maior aprofundamento na temática e ampliando o debate sobre o papel desta categoria profissional frente a necessidade do alívio da dor e do sofrimento emocional.

CONCLUSÃO

O atendimento do enfermeiro por meio de uma abordagem multidimensional favorece um cuidado diferenciado e assiste o paciente em todas as dimensões, garantindo o seu bem-estar e respeitando a sua dignidade. Constatou-se a existência de lacunas sobre aspectos éticos considerando a reduzida existência de artigos do referido tema, principalmente no idioma português. A abordagem sobre os princípios éticos e bioéticos também aponta para a necessidade de um olhar reflexivo sobre as ações dos profissionais de enfermagem neste âmbito de assistência. Para fazer a diferença na assistência de enfermagem ao idoso em processo de finitude de vida, é indispensável conectar o conhecimento procedente de pesquisas e da prática clínica, refletir sobre a prática de cuidados paliativos a idosos, entendendo ser necessário intensificar o desenvolvimento de pesquisas relativas ao tema investigado.

Agradecimentos

Ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Contribuições

Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira: concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; Monah Licia Santos de Almeida: concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; Carolina Pedra Branca Valentim Silva: concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados. Darci de Oliveira Santa Rosa: desenho do estudo; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Nildete pereira Gomes: análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito. Larissa Chaves Pedreira: revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Definition of Palliative Care. Genève: WHO; 2018 [cited 2020 Sep 23]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Oliveira MB. A abordagem de pacientes com dores crônicas e cuidados paliativos na Estratégia de Saúde da Família [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
3. Oliveira M, Ribeiro H, Costa N. Qualidade de vida de idosos amazônicos que participam de um grupo de convivência. *Enferm Foco*. 2019; 10(3): 58-63.
4. Costa RS, Santos AG, Yarid SD, Sena DL, Boery RN. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. *Saúde Debate*. 2016; 40(108):170-7.
5. Picollo DP, Fachini M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. *Ver Ciênc Méd*. 2018; 27(2):85-92.
6. Souza IA, Bastos NL, Vilela AB, Sena EL, Boery RN, Rocha RM. Espiritualidade e bioética nas questões sociais envolvendo a enfermagem. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;11(4):1-6.
7. Santa Rosa DO, Fontoura EG. A bioética e os cuidados paliativos. In: Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte*. São Paulo: Martinari; 2019. p.51-69.
8. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
9. Danski MT, Oliveira GL, Pedrolo E, Lind J, Johann DA. Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Cienc Cuid Saude*. 2017;16(2):1-6.
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho RD. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102-6.
11. Nagington M, Walshe C, Luker KA. Quality care as ethical care: a poststructural analysis of palliative and supportive district nursing care. *Nurs Inq*. 2016; 23(1):12-23.
12. Olsman E, Willems D, Leget C. Solicitude: balancing compassion and empowerment in a relational ethics of hope-an empirical-ethical study in palliative care. *Med Health Care Philos*. 2016;19(1): 11-20.
13. Gallagher A, Curtis K, Dunn M, Baillie L. Realising dignity in care home practice: an action research project. *Int J Older People Nurs*. 2017;12(2).
14. Goldsborough JL, Matzo M. Palliative Care in the Acute Care Setting. *Am J Nurs Sci*. 2017;117(9): 64-7.
15. Santos RA, Corrêa RG, Rolim IL, Coutinho NP. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. *Rev Pesqui Saúde (Online)*. 2016;1(73):179-83.
16. Santos PA, Heidemann IT, Marça CC, Arakawa-Belaunde AM. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. *Audiol Commun Res*. 2019;24:e2058.
17. Ohara EC. Aging and public health policies and the interface with bioethics. *Braz J Hea Rev*. 2019; 2(2):1412-37.
18. Oliveira M, Gelbcke F, Rosa L, Vargas M, Reis J. Cuidados paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. *Enferm Foco*. 2016;7(1):28-32.
19. Isoldi DM, Carvalho FP, Simpson CA. Contextual analysis of nursing assistance to a person with HIV/ AIDS. *Rev Pesqui Saúde (Online)*. 2017; 9(1):273-8.
20. Prado RT, Leite JL, Castro EA, Silva LJ, Silva IR. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2018;39:e2017-0111.

TEORIAS DE ENFERMAGEM UTILIZADAS NOS CUIDADOS A HIPERTENSOS

NURSING THEORIES USED IN CARE FOR HYPERTENSIVES

TEORÍAS DE ENFERMERÍA UTILIZADAS EN LOS CUIDADOS A HIPERTENSOS

Francisco Marcelo Leandro Cavalcante¹

Ingrid Kelly Morais Oliveira¹

Marcos Pires Campos¹

Francisco Willian Melo de Sousa¹

Tatiane de Sousa Paiva¹

Livia Moreira Barros²

(<http://orcid.org/0000-0001-6143-1558>)

(<http://orcid.org/0000-0003-1536-7289>)

(<http://orcid.org/0000-0002-9656-9140>)

(<http://orcid.org/0000-0001-9852-6526>)

(<http://orcid.org/0000-0001-8555-6355>)

(<http://orcid.org/0000-0002-0174-2255>)

Descritores

Teoria de enfermagem; Cuidado de enfermagem; Hipertensão

Descriptors

Nursing theory; Nursing care; Hypertension

Descriptores

Teoria de enfermería; Atención de enfermería; Hipertensión

Recebido

1 de Abril de 2020

Aceito

18 de Março de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Francisco Marcelo Leandro

Cavalcante

E-mail:

marceloleandrocaavalcante98@

hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar, na literatura científica, como as teorias de enfermagem têm sido utilizadas nos cuidados de enfermagem a hipertensos.

Métodos: Trata-se de revisão integrativa com buscas nas bases de dados: BVS, SCOPUS, CINAHL, LILACS, *PubMed* e *Web of Science*. Encontrou-se 32 artigos dos quais foram selecionados quatro para a amostra final.

Resultados: As teorias de enfermagem evidenciadas nas publicações foram: Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, utilizada como subsídio para identificar os déficits de autocuidado e fatores relacionados em paciente hipertensos, bem como para o fortalecimento da autoeficácia e na melhora da qualidade de vida de pacientes com hipertensão; Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy, utilizada como meio de cuidado a pessoa com hipertensão e familiares na adaptação no processo de autocuidado e enfrentamento da hipertensão; e Teoria *"Human Becoming"* de Rosemarie Rizzo Parse, a partir da qual o protagonismo da pessoa com hipertensão em seu processo de tratamento deve ser estimulado pelo enfermeiro, que é mediador do processo de autocuidado.

Conclusão: A aplicação das teorias teve maior enfoque nos aspectos que interferiam no autocuidado dos hipertensos, contexto no qual o enfermeiro desempenha cuidados que visam promover a autonomia e independência dos sujeitos.

ABSTRACT

Objective: To identify in the scientific literature how nursing theories have been used in nursing care for hypertensives.

Methods: Integrative review with database searches: VHL, SCOPUS, CINAHL, LILACS, PubMed and Web of Science. 32 articles were found of which four were selected for the final sample.

Results: The nursing theories evidenced in the publications were: Orem's Self-Care Deficit Theory, used as a basis for identifying self-care deficits and related factors in hypertensive patients, as well as for strengthening self-efficacy and improving the quality of life of patients with hypertension; Sister Callista Roy's Theory of Adaptation, used as a means of care for people with hypertension and family members in adapting to the process of self-care and coping with hypertension; and Theory "Human Becoming" by Rosemarie Rizzo Parse, from which the role of the person with hypertension in their treatment process should be encouraged by the nurse, who is the mediator of the self-care process.

Conclusion: The application of theories was more focused on aspects that interfered with the self-care of hypertensive patients, a context in which nurses perform care aimed at promoting the subjects' autonomy and independence.

RESUMEN

Objetivo: Identificar, en la literatura científica, cómo se han utilizado las teorías de enfermería en los cuidados de enfermería a hipertensos.

Métodos: Revisión integradora con búsquedas en las bases de datos: BVS, SCOPUS, CINAHL, LILACS, PubMed y Web of Science. Encontramos 32 artículos de los cuales cuatro fueron seleccionados para la muestra final.

Resultados: Las teorías de enfermería evidenciadas en las publicaciones fueron: Teoría del déficit de autocuidado de Orem, utilizada como base para identificar los déficits de autocuidado y factores relacionados en pacientes hipertensos, así como para fortalecer la autoeficacia y mejorar la calidad de vida de pacientes con hipertensión; Teoría de la adaptación de la hermana Callista Roy, utilizada como un medio de atención para personas con hipertensión y miembros de la familia para adaptarse al proceso de autocuidado y afrontamiento de la hipertensión; y Teoría "Human Becoming" de Rosemarie Rizzo Parse, desde la cual la enfermera, quien es el mediador del proceso de autocuidado, debe fomentar el papel de la persona con hipertensión en su proceso de tratamiento.

Conclusión: La aplicación de las teorías se centró más en aspectos que interferían con el autocuidado de los pacientes hipertensos, contexto en el que los enfermeros realizan cuidados orientados a promover la autonomía e independencia de los sujetos.

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

²Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Fortaleza, CE, Brasil.

Como citar:

Cavalcante FM, Oliveira IK, Campos MP, Sousa FW, Paiva TS, Barros LM, et al. Teorias de enfermagem utilizadas nos cuidados a hipertensos. *Enferm Foco*. 2021;12(2):400-6.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3392

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial caracterizada pelos elevados níveis da pressão arterial e está associada a diversas alterações funcionais e estruturais em órgãos-alvo como cérebro, coração, rins e vasos sanguíneos.⁽¹⁾ Essa patologia tem apresentado altos índices de prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada como um dos principais fatores de risco à saúde modificáveis e uma das principais problemáticas de saúde pública no Brasil e no mundo.⁽²⁾

A HAS resulta em perda do bem-estar biopsicossocial e exige dos hipertensos mudanças no estilo de vida para evitar as possíveis complicações relacionada à essa doença. Diante disso, para o alcance de comportamentos saudáveis, é necessária abordagem multidimensional que considere as repercussões da HAS nos aspectos biopsicossociais dos sujeitos por ela acometidos.^(3,4)

Nesse contexto, os cuidados de enfermagem são fundamentais para auxiliar as pessoas com hipertensão em seu processo de autocuidado e enfrentamento da doença. A Enfermagem, como ciência e tecnologia, dedica-se ao cuidado com abordagem holística, tanto no âmbito individual quanto coletivo, para atender as necessidades de saúde dos sujeitos. Pauta-se em sistemas de linguagem e saberes próprios, que são ferramentas fundamentais para nortear os cuidados de forma sistemática, resolutiva e interativa, bem como oportunizam o aprimoramento da assistência de enfermagem prestada ao hipertenso norteado pelo cuidado individualizado e integral.^(5,6)

Dentre tais ferramentas, há as teorias de enfermagem, que possibilitam fundamentar e sistematizar o cuidado à proporção que guiam o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e aplicação do Processo de Enfermagem (PE) a partir de pressupostos e fundamentos centrados no paciente e na Enfermagem como promotora de cuidados integrais e holísticos, o que fornece embasamento essencial à prática autônoma, resolutiva e baseada em evidências científicas.^(7,8)

As teorias de enfermagem podem ser descritas como um conjunto de conceitos, definições ou pressupostos inter-relacionados que apresentam uma forma sistemática de observar, descrever ou prever os fenômenos/eventos, e, a partir disso, explicar ou propor as correlações entre eles.^(9,10) Podem pertencer às categorias de necessidades/problemas, de interação, dos sistemas e do campo de energia.⁽¹⁰⁾

Frente a isso, acredita-se que a implementação de teorias de enfermagem na prática assistencial do enfermeiro na atenção à saúde de hipertensos proporciona um olhar holístico e crítico para as necessidades e potencialidades

desses sujeitos, de maneira a direcionar intervenções adequadas às características destes. Assim, diante da escassez de estudos que discorrem sobre utilização de teorias de enfermagem nos cuidados de enfermagem a hipertensos, torna-se relevante o desenvolvimento de novos estudos sobre essa temática, visto que isso possibilitará (re)pensar sobre cuidados de enfermagem, de forma a estimular aprimoramentos e fortalecimento da assistência à saúde desempenhada pelo enfermeiro a essa população.

Ante ao exposto, objetivou-se identificar, na literatura científica, como as teorias de enfermagem têm sido utilizadas nos cuidados de enfermagem a hipertensos.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura, tipo de estudo que permite a síntese de conhecimentos existentes nas bases de dados científicas e a aproximação de resultados de pesquisas que norteiam a prática baseada em evidências.⁽¹¹⁾ A questão norteadora do estudo foi: Como as teorias de enfermagem têm sido utilizadas nos cuidados de enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica?

A busca de artigos foi realizada nas bases de dados, SCOPUS, *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *PubMed/Medline* e *Web of Science* e Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os seguintes descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Cinahl Headings e *Medical Heading Subjects* (MeSH): "Hipertensão/Hypertension", "Teorias de enfermagem/Nursing theory" e "Cuidados de enfermagem/Nursing care", cruzados com o operador AND.

Como critérios de inclusão utilizou-se: artigos em português, inglês ou espanhol, publicados em qualquer período, disponíveis na íntegra, estudos que abordassem teorias de enfermagem na assistência de enfermagem a pessoas com hipertensão. Já os critérios de exclusão foram: revisões integrativas e sistemáticas, estudos não relacionados a temática, teses, dissertações, editoriais e artigos repetidos.

Foi encontrado total de 42 artigos. Destes, 36 foram excluídos, sendo 24 por não atenderem aos critérios de inclusão e sete por serem repetidos. Assim sendo, seis artigos foram escolhidos para a amostra final. A Figura 1 descreve o processo de busca e seleção dos artigos.

Inicialmente procedeu-se a leitura dos títulos e resumos na íntegra das publicações para a seleção dos que atendiam aos critérios de inclusão, posteriormente os estudos foram completamente analisados. Utilizou-se um

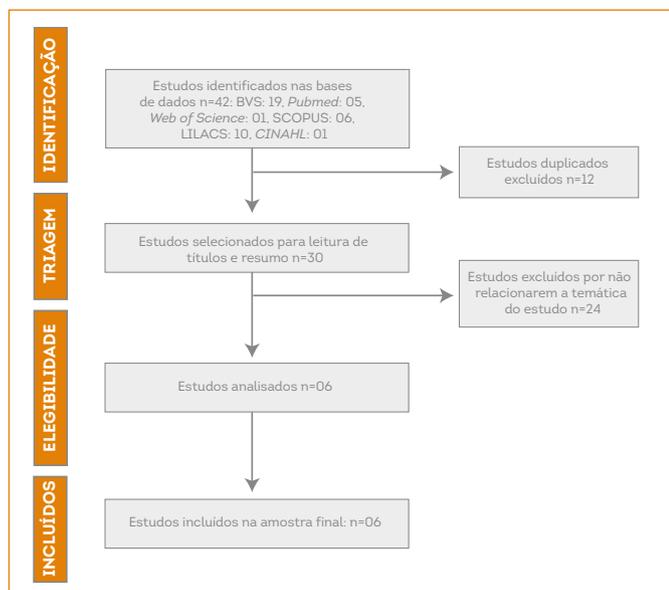


Figura 1. Fluxograma da busca e seleção dos estudos

instrumento semiestruturado para análise dos estudos quanto aos dados de identificação dos artigos (título, autores, ano, objetivo), da descrição metodológica, principais resultados e nível de evidência científica. Após a análise, os estudos foram categorizados conforme as categorias temáticas identificadas.

Identificou-se o nível de evidência científica de acordo Melnyk e Fineout-Overholt, a saber: 1. Revisão sistemática ou metanálise; 2. Ensaio clínico randomizado controlado, bem delineado; 3. Ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4. Evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineado; 5. Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6. Estudos descritivos ou qualitativos; 7. Opinião de autoridades, de relatório de comitês de especialistas.⁽¹²⁾

Este estudo seguiu os devidos aspectos éticos, sendo que todos os autores e informações dos estudos incluídos nesta revisão foram adequadamente citados e referenciados.

RESULTADOS

Analisou-se seis estudos, descritos no quadro 1, desenvolvidos predominantemente no Brasil, publicados entre os anos de 2005 e 2020. Predominaram artigos do tipo estudo de casos, com nível seis de evidência científica, realizados no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) e em serviço especializado. As teorias de enfermagem evidenciadas nos estudos foram: Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, Teoria da Adaptação de *Sister* Callista Roy e Teoria “*Human Becoming*” de Rosemarie Rizzo Parse.

Quadro 1. Descrição dos artigos

Autor/Ano	Título/Periódico/Pais	Características metodológicas/Nível de evidência	Teoria de enfermagem
Moura; Freitas; Guedes; Lopes; Menezes; Barros 2014 ⁽⁸⁾	Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos/ Revista Eletrônica de Enfermagem/ Brasil	Estudo de casos múltiplos; realizado em Fortaleza (CE) com 41 participantes/ Nível 6	Teoria da Adaptação de <i>Sister</i> Callista Roy, utilizada no estudo como subsídio para os cuidados aos hipertensos diante da não adaptação à HAS, estruturando o processo de enfermagem nas etapas: Avaliação de Comportamento, Avaliação de Estímulos, Diagnósticos de Enfermagem, Estabelecimento de Metas, Intervenção e Avaliação
Khademia; Ara; Gholamzadeh 2020 ⁽¹³⁾	The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study/ International Journal of Community Based Nursing and Midwifery/ Irã	Estudo quase-experimental realizado com oito participantes/ Nível 3	Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, utilizada como ferramenta para o fortalecimento da autoeficácia e na melhora da qualidade de vida de pacientes com hipertensão.
Berardinelli; Guedes; Acioli 2013 ⁽¹⁴⁾	Análise do déficit de autocuidado de clientes hipertensos e as implicações na produção de cuidado/ Revista Enfermagem UERJ	Estudo descritivo exploratório realizado com 15 participante no Rio de Janeiro/ Nível 6	Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, utilizada como subsídio para identificar os déficits de autocuidado e fatores relacionados em paciente hipertensos
Silva; Silva; Guedes; Moreira; Rabelo; Ponte 2013 ⁽¹⁵⁾	Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse/ Escola Anna Nery/ Brasil	Estudo descritivo, de cunho qualitativo, realizado em Itapajé (CE) com 14 participantes/ Nível 6	Teoria “ <i>Human Becoming</i> ”, de Rosemarie Rizzo Parse, utilizada no estudo a partir dos princípios da qual o protagonismo da pessoa com hipertensão em seu processo de tratamento deve ser estimulado pelo enfermeiro, que o auxilia na construção e escolha de significados em seu contexto de vida para alcançar mudanças e novas alternativas no processo de autocuidado
Moura; Freitas; Guedes; Lopes 2013 ⁽¹⁶⁾	Problemas adaptativos segundo Roy e diagnósticos fundamentados na CIPE® em hipertensos com doenças associadas/ Revista Eletrônica de Enfermagem/ Brasil	Estudo de casos múltiplos; realizado em Fortaleza (CE) com 45 participantes/ Nível 6	Teoria da Adaptação de <i>Sister</i> Callista Roy, utilizada no estudo para compreender a assistência de enfermagem a pessoa com hipertensão, a partir dos conceitos de Roy, como um sujeito biopsicossocial em constante exposição a estímulos, que desencadeiam resposta e mecanismos de enfrentamento que o ajudaram na aquisição de novas habilidade e na adaptação em seu processo saúde-doença
Guedes; Araújo 2005 ⁽¹⁷⁾	Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy/ Acta Paulista de Enfermagem/ Brasil	Estudo de caso; realizado em Fortaleza (CE) com 1 participante/ Nível 6	Teoria da Adaptação de <i>Sister</i> Callista Roy, utilizada no estudo como meio de cuidado a pessoa com hipertensão e familiares na adaptação e desenvolvimento de papéis eficazes em seu processo de autocuidado e enfrentamento da HAS

DISCUSSÃO

Mediante a análise dos artigos, elencou-se quatro categorias pertinentes ao objetivo do estudo: 1) Aplicação da Teoria do Déficit de Autocuidado na assistência de enfermagem a hipertensos; 2) Aplicação da Teoria da Adaptação de Roy nos cuidados de enfermagem a hipertensos; 3) Aplicação da Teoria "Human Becoming" nos cuidados de enfermagem a hipertensos; 4) Potencialidades e desafios da aplicação de teorias de enfermagem nos cuidados à hipertensos.

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem destaca que a necessidade de cuidados de enfermagem relaciona-se às limitações em ações e cuidados de saúde que a pessoa vivencia, que resultam em déficits no autocuidado sobre os quais insere-se a atuação do enfermeiro.⁽¹⁸⁾

Nessa perspectiva, estudo realizado em Mamasani, Fars, Irã, avaliou o efeito da educação para o autocuidado, com base na teoria de Orem, na qualidade de vida e na autoeficácia em pessoas com hipertensão, evidenciando que a pontuação média nesses aspectos foi maior no grupo experimental do que no grupo controle após oito semanas da intervenção educativa, embora a avaliação da autoeficácia não tenha sido estatisticamente significativa. Os pesquisadores pontuaram que o desenvolvimento e implementação de programas educacionais com base na teoria de Orem podem ser eficaz na melhora da qualidade de vida desses pacientes.⁽¹³⁾

Outro estudo conduzido no Rio de Janeiro buscou identificar, à luz dessa teoria, os déficits de autocuidado de hipertensos. Os autores do estudo pontuaram a importância da teoria como ferramenta de aproximação entre enfermeiro e paciente mediante a identificação de fatores que interferiam no autocuidado, assim como por meio do compartilhamento e reflexão sobre possibilidades de ações de autocuidado que os sujeitos poderiam desempenhar.⁽¹⁴⁾

Os achados dos estudos supracitados corroboram com os pressupostos da teoria de Orem, que destacam que as ações de enfermagem visam tornar o sujeito completamente ou parcialmente capaz de realizar cuidados, como também a ser apto a dar continuidade ao desempenho dessas ações. Através da implementação dessa teoria, os cuidados prestados pelo enfermeiro possibilitam a manutenção de aspectos que mais necessitam de autocuidado, o que revela-se como relevante por qualificar e individualizar a assistência no sentido de empoderar o hipertenso em seu autocuidado como ser capaz de tomar decisões adequadas para manter, restaurar ou melhorar sua saúde.^(13,14)

A Teoria da Adaptação de Roy compreende a pessoa como um sistema de adaptação holístico em constante exposição a estímulos que interferem em sua vida, sendo os

cuidados de enfermagem uma forma de produção de estímulos e respostas que ajudam o indivíduo na manutenção de sua saúde e na adaptação diante de seu processo saúde-doença.^(8,16,17)

Nesta perspectiva, a referida teoria foi aplicada nos estudos incluídos para identificar as dificuldades adaptativas e resposta ineficazes dos pacientes frente as mudanças impostas pela HAS. Isso se enquadra na primeira fase do processo de enfermagem proposto por Roy, que se relaciona à avaliação de comportamentos e/ou respostas do indivíduo como um sistema em adaptação. A partir disso, são identificados os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e são traçadas as Intervenções de Enfermagem, que visam o controle e/ou correção de estímulos que interferem nas respostas adaptativas do paciente.^(8,16,17)

Observou-se, nos estudos, que a identificação de comportamentos e respostas adaptativas ineficazes, assim como de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, relacionou-se à estruturação dos problemas adaptativos do modelo teórico de Roy, que é dividido em quatro partes: fisiológico (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção), autoconceito, papéis e interdependência, o que favoreceu o olhar multidimensional para necessidades em saúde dos pacientes, bem como propício o direcionamento do plano de cuidados condizente com as especificidades dos sujeitos.^(8,16,17)

Destarte, a identificação dos comportamentos e respostas adaptativas ineficazes mostrou-se fundamental para compreender os aspectos biopsicossociais comprometidos das pessoas com hipertensão, para assim propor intervenções adequadas destinadas a auxiliar na manutenção da adaptação, no atendimento as necessidades fisiológicas, na melhora da autopercepção do paciente e do desempenho de papéis mais eficazes, considerando-se o auxílio da família, que é integrante insubstituível e fundamental do processo de cuidar.^(8,16,17)

Portanto, a Teoria da Adaptação representou uma potente ferramenta para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, proporcionando maior acurácia de forma a oportunizar o desenvolvimento da autonomia e independência do paciente para ele alcançar melhores resultados em seu tratamento. Desta forma, conforme a teoria, os cuidados de enfermagem a pessoa com HAS devem promover estímulos que favorecem o autoconhecimento do paciente e a educação em saúde para o autocuidado, ajudando-a no conhecimento de sua doença, nas mudanças e adaptações no estilo de vida necessárias tanto para o seguimento adequado do tratamento farmacológico e não farmacológico, assim como à prevenção de complicações decorrentes da HAS.^(16,17)

A Teoria “*Human Becoming*” de Rosemarie Rizzo Parse compreende a pessoa como um ser aberto, de livre arbítrio, sendo ele quem guia a si mesmo, possui liberdade na tomada de suas decisões e protagonismo em seu processo terapêutico. Nesse contexto, o enfermeiro se torna um educador e mediador no processo de recuperação e/ou manutenção de um tratamento, auxiliando o paciente na modificação de seu estilo de vida e empoderando-o em seu autocuidado.^(15,18-20)

Estudo conduzido em Itapajé (CE), avaliou a percepções dos enfermeiros sobre a assistência desenvolvida aos hipertensos, à luz da Teoria “*Human Becoming*” de Rosemarie Rizzo Parse. No estudo, observou-se, por meio do discurso dos enfermeiros, que eles realizavam os cuidados aos hipertensos buscando compreendê-los mediante olhar holístico e humanizado, proporcionando o cuidado ampliado como propõe Parse, de maneira a favorecer o protagonismo e autonomia dos sujeitos, como também oportunizou-se a participação ativa da família no plano de cuidado e nas práticas de educação em saúde,⁽¹⁵⁾ o que mostrou-se como relevante haja vista que a família tem papel fundamental no seguimento do processo de cuidados, bem como precisa ser educada e envolvida nesse contexto para favorecer a obtenção de resultados satisfatórios na melhora do autocuidado e da qualidade de vida das pessoas com hipertensão.

A operacionalização dos cuidados de enfermagem aos hipertensos perpassa os três princípios nos quais a teoria de Parse se estrutura, de maneira à contribuir com os sujeitos no alcance de estilo de vida apropriado, respeitando seus valores e suas percepções à medida que contribui na tomada de decisões conscientes e seguras.^(15,19)

A partir do 1º princípio da teoria de Parse: “Estruturar o significado multidimensional é cooperar na criação da realidade por meio da expressão de valores e imagens”, o enfermeiro auxilia ao paciente hipertenso a refletir e compreender seus valores e situação de vida, ressignificando-as para que ele compreenda o contexto no qual está inserido e os fatores que interferem no seu processo de autocuidado. No 2º princípio: “Cooperar na criação de padrões rítmicos de relação é viver a unidade paradoxal de revelar-ocultar, capacitar-limitar ao mesmo tempo que unir-separar”, o enfermeiro ajuda o hipertenso a identificar possibilidades e potencialidades para guiar seu autocuidado.⁽¹⁵⁾

Conforme o 3º princípio: “Cotranscender as possibilidades é procurar maneiras únicas de iniciar o processo de transformação”, o enfermeiro guia o plano de cuidados do paciente para ajudá-lo a planejar e desempenhar ações terapêuticas, fortalecendo sua autonomia e protagonismo no desempenho de cuidados, no sentido de alcançar

transformações em seu processo de saúde-doença que contribuirão para o controle efetivo da HAS e na melhora da qualidade de vida.⁽¹⁵⁾

De acordo com os estudos selecionados, o planejamento e implementação de cuidados embasados em uma teoria de enfermagem proporcionou maior fundamentação científica às práticas dos enfermeiros, para assim desenvolver o cuidado de qualidade centrado no indivíduo como um todo, à medida que embasou e direcionou de forma mais acurada a utilização dos sistemas de linguagem da enfermagem como a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), *Nursing Outcomes Classifications* (NOC), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e NIC.^(8,13-17)

A aplicação das teorias oportuniza maior autonomia à prática assistencial do enfermeiro aos hipertensos, direcionando a implementação de ações de promoção, prevenção, e reabilitação da saúde mediante pressuposto que norteiam a relação entre profissional e paciente, e direcionam o cuidado individualizado e qualificado nos diversos níveis de atenção à saúde.^(13,17)

Contudo, os estudos apontam que ainda há necessidades de aperfeiçoamento da assistência prestada aos hipertensos, principalmente no que tange à promoção do cuidado ampliado e humanizado, à melhora da confiança entre profissional/paciente e ao aprimoramento da abordagem centrada na dinâmica do indivíduo e da família, fatores desafiadores para os profissionais, uma vez que os serviços de saúde possuem alta demanda de pacientes, rotinas padronizadas e limitações gerenciais e de recursos humanos que dificultam a aplicação efetiva das teorias de enfermagem na assistência.^(15,17)

Além disso, pontua-se como desafios para a implementação dos cuidados de enfermagem fundamentados em teorias de enfermagem a falta de tempo, o despreparo profissional, preparo deficiente durante a graduação, ausência de comprometimento e/ou desmotivação e desvalorização dos profissionais. Ressalta-se, portanto, a necessidade de (re)pensar e ressignificar continuamente a prática assistencial do enfermeiro ao hipertenso para que esta alcance seu devido reconhecimento e seja desempenhada com autonomia e qualidade.⁽¹⁵⁾

Além disso, as teorias apresentadas mostram que o fazer do enfermeiro deve ser pautado em princípio de humanização e autonomia do paciente, oportunizando assistência efetiva, com um olhar holístico, de forma que favoreça a participação ativa da pessoa com hipertensão e da família no plano de cuidados e possibilite ajudá-los nas adaptações necessárias para alcançar uma melhor qualidade de vida.

Identificou-se reduzido número de estudos sobre a temática investigada, e conseqüentemente, de teorias de enfermagem utilizadas, o que reforçar a necessidade de mais pesquisas que abordem outras teorias além das apresentadas.

Pode-se evidenciar a importância e fundamentos das teorias de Orem, Roy e Parse para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem a pessoas com hipertensão, destacando os princípios que norteiam a operacionalização do cuidado por meio destas teorias. A disponibilização desses achados pode estimular a importância de os enfermeiros embasarem sua assistência a pessoa com hipertensão conforme referenciais teóricos específicos da enfermagem, para oportunizar a prestação de intervenções mais eficazes com vista à redução das conseqüências da HAS e melhorar a qualidade de vida desses sujeitos.

CONCLUSÃO

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, a Teoria "Human Becoming" de Parse e a Teoria da Adaptação de Roy mostraram-se fundamentais para o embasamento dos cuidados de enfermagem ao paciente hipertenso. Pode-se

perceber o enfoque da aplicação das teorias nos aspectos que interferiam no autocuidado dos hipertensos, contexto no qual o enfermeiro desempenha cuidados por meio de atividades educativas e de promoção da saúde para o alcance de melhor qualidade de vida da pessoa com hipertensão, tendo em vista os princípios como a autonomia e o protagonismo do paciente em seu processo saúde-doença. Portanto, torna-se fundamental que o enfermeiro se empodere, desde a graduação, das teorias de enfermagem e sistemas de linguagem que fundamentam sua prática. Assim, espera-se instigar a implementação das teorias de enfermagem nos diversos serviços de atuação dos enfermeiros. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática como outras teorias além das evidenciadas na presente revisão.

Contribuições

Concepção e/ou desenho, redação e revisão crítica do artigo: Francisco Marcelo Leandro Cavalcante, Ingrid Kelly Moraes Oliveira, Marcos Pires Campos, Francisco Willian Melo de Sousa, Tatiane de Sousa Paiva. Revisão, redação e aprovação final do artigo: Lívia Moreira Barros.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. [citado 2020 Ago 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf
2. Laqui VS, Trevisan FG, Sanches RC, Rêgo AS, Paiano M, Radovanovic CA. Qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. Rev Enferm UFPE on line. 2019;13(5):1327-37.
3. Silva PC, Negrão ML, Gimenes FR, Chini LT, Gonçalves MF, Fava SM. Ressignificação do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica. Rev Enferm UFPE on line. 2018;12(7):1940-8.
4. Drevenhorn E. A Proposed Middle-Range Theory of Nursing in Hypertension Care. Int J Hypertens. 2018;2018(2858253):1-11.
5. Gryscek AL, Fracolli LA, Padoveze MC, Caballero SP, Boas MA. Análise crítica do potencial de utilização das nomenclaturas de enfermagem na atenção primária à saúde. Enferm Foco. 2019;10(7):50-6.
6. Salvador PT, Rodrigues CC, Ferreira Júnior MA, Fernandes MI, Martins JCA, Santos VEP. Construção de hiperímida para apoio ao ensino da sistematização da assistência de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180035.
7. Engela MH, Rodarte AC, Rotondaro Júnior A, Seixas CT, Veigas SM, Lanza FM. Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. Rev Fund Care Online. 2018; 10(1):75-84.
8. Moura DJ, Freitas MC, Guedes MVC, Lopes MVO, Menezes LCG, Barros AA. Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos. Rev Eletrônica Enferm. 2014;16(4):710-9.
9. Ramalho Neto JM, Marques DK, Fernandes MG, Nóbrega MM. Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2016;69(1):162-8.
10. George JB. Teorias de Enfermagem e os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo). 2010; 8(1):102-6.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011.
13. Khademian Z, Kazemi Ara F, Gholamzadeh S. The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2020;8(2):140-9.
14. Berardinelli LM, Guedes NA, Acioli S. Análise do déficit de autocuidado de clientes hipertensos e as implicações na produção de cuidado. Rev Enferm UERJ. 2013;21(5):575-80.
15. Silva FV, Silva LF, Guedes MV, Moreira TM, Rabelo AC, Ponte KM. Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse. Esc Anna Nery. 2013;17(1):111-9.
16. Moura DJ, Freitas MC, Guedes MV, Lopes MV. Problemas adaptativos segundo Roy e diagnósticos fundamentados na CIPE® em hipertensos com doenças associadas. Rev Eletrônica Enferm. 2013;15(2):352-61.
17. Guedes MV, Araújo TL. Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy. Acta Paul Enferm. 2005;18(3):241-6.

18. Queirós PJ, Vidinha TS, Filho António JA. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Referência. 2014;serIV(3):157-64.

19. Barros LB, Silva LF, Guedes MV, Pessoa VL. Cuidado clínico de enfermagem fundamentado em Parse: contribuição no processo de

transcendência de transplantados cardíacos. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e60658.

20. Pinto AC, Garanhani ML, França TE, Pierotti I. Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. Pro-Posições. 2017;28(supl. 1):88-110.

EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS NO ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

BRAZILIAN EXPERIENCES IN MONITORING GROWTH AND CHILD DEVELOPMENT IN THE CONTEXT OF PRIMARY CARE
EXPERIENCIAS BRASILEÑAS EN EL MONITOREO DEL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN BÁSICA

Laianne Santos Barbosa de Souza¹
Lia Maristela da Silva Jacob¹
Eudes Euler de Souza Lucena¹
Raphael Raniere de Oliveira Costa¹

(<https://orcid.org/0000-0002-3037-4834>)
(<https://orcid.org/0000-0003-4168-4333>)
(<https://orcid.org/0000-0003-3119-7822>)
(<https://orcid.org/0000-0002-2550-4155>)

Descritores

Desenvolvimento infantil; Atenção primária a saúde; Assistência integral a saúde

Keywords

Child development; Primary health care; Comprehensive health care

Descriptores

Desarrollo infantil; Atención primaria de salud; Atención integral de salud

Recebido

5 de Maio de 2020

Aceito

14 de Março de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Raphael Raniere de Oliveira Costa
E-mail: raphaelraniere@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar as experiências brasileiras no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Básica.

Métodos: Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa de Literatura. As bases de dados utilizadas nesse estudo foram: Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e SCOPUS.

Resultados: Durante a busca inicial foram encontrados setenta e oito artigos, onze artigos repetiam-se dentro das bases e por esse motivo. A amostra final foi composta por oito artigos. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é realizado por meio de consultas na ESF e, em sua maioria, com ações de aferição de medidas antropométricas, verificação do esquema vacinal e orientação nutricional.

Conclusão: Foi possível identificar experiências de consultas que ainda estão voltadas para o modelo biomédico, pautado na queixa conduta. É preciso que os profissionais atuantes na Atenção Básica recebam capacitação de qualidade, para que suas ações sejam efetivas na prevenção e promoção de saúde infantil.

ABSTRACT

Objective: To identify the Brazilian experiences in monitoring growth and child development in the context of Primary Care.

Methods: This is an Integrative Literature Review study. The databases used in this study were: Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature and SCOPUS. Seventy-eight articles were found during the initial search, eleven articles were repeated within the bases and for this reason. The final sample of eight articles.

Results: The monitoring of child growth and development is carried out through consultations in the FHS and, mostly, with actions of measurement of anthropometric measures, verification of the vaccination scheme and nutritional guidance. It was possible to identify consultation experiences that are still focused on the biomedical model, based on the conduct complaint.

Conclusion: It is necessary that professionals working in Primary Care receive quality training, so that their actions are effective in the prevention and promotion of child health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las experiencias brasileñas en el monitoreo del crecimiento y desarrollo infantil en el contexto de la Atención Primaria.

Métodos: Este es un estudio de Revisión Integral de Literatura. Como base de datos utilizada en este estudio: Biblioteca científica electrónica en línea, Literatura latinoamericana y caribeña en ciencias de la salud y SCOPUS. Durante una búsqueda inicial, se encontraron setenta y ocho artículos, algunos artículos repetidos dentro de las bases y por esa razón. La muestra final fue de ocho artículos.

Resultados: En caso de extracción de resultados, verifique si el monitoreo del crecimiento y desarrollo infantil se realiza a través de consultas en la FHS y, en la mayoría de los casos, con medidas para medir medidas antropométricas, verifique el calendario de vacunación y la guía nutricional.

Conclusión: Fue posible identificar experiencias de consulta que todavía se centran en el modelo biomédico, basado en la queja de conducta. Es necesario que los profesionales que trabajan en Atención Primaria reciban capacitación de calidad, para que sus acciones sean efectivas en la prevención y promoción de la salud infantil.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Como citar:

Souza LS, Jacob LM, Lucena EE, Costa RR. Experiências brasileiras no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Básica. *Enferm Foco*. 2021;12(2):407-13.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3722

INTRODUÇÃO

No Brasil, a assistência integral à saúde da criança sofreu diversas modificações ao longo da história. Somente por volta de 1980, identificou-se a necessidade de acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento infantil.⁽¹⁾ Entretanto, é válido ressaltar que, neste período, as ações voltadas a esse público eram também vinculadas à saúde da mulher.

Em 1984 têm-se a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). As altas taxas de mortalidade infantil e materna mostraram a necessidade de um acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças. Para tal, a situação começou a ser enfrentada com a criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em 2015, emergiu na instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Este programa foi regulamentado por meio da portaria nº 1.130/2015, que visa a efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável, com a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos.⁽²⁾

Essas políticas e programas voltaram o foco de suas ações para a família e instituíram a noção de cobertura, “retomaram os princípios da integralidade, hierarquização da atenção, territorialização e cadastramento da população, equipe multiprofissional e promoção de práticas e ações de saúde de forma integral, contínua e equitativa”.⁽³⁾

Nesta perspectiva, a consulta de Crescimento e Desenvolvimento Infantil, também chamada de Puericultura, surge nesse cenário da ESF, com o intuito de detecção precoce de possíveis alterações pela equipe de saúde, identificar situações de risco, verificar a cobertura vacinal, incentivar a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns e ainda promover educação em saúde viabilizando assim, intervenções adequadas que minimizem riscos de morbimortalidade, em tempo hábil.⁽⁴⁾

O Ministério da Saúde prevê um calendário mínimo de consultas: sete consultas nos primeiros doze meses, duas no segundo ano e, a partir dessa idade, até os cinco anos, uma por ano. Como ferramenta fundamental aliada à essa vigilância temos a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que possibilita o registro de informações - desde o nascimento até os dez anos de idade - além disso, favorece maior valorização e apropriação do instrumento pela família e a adesão, bem como a corresponsabilização pelas ações de vigilância da saúde dos seus filhos.⁽⁵⁾

A enfermagem têm sido a profissão à frente desse acompanhamento, já que, a consulta do enfermeiro é uma prática regulamentada pela lei do exercício profissional N° 7.498/86, assegurando a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde. Porém, outros profissionais da ESF, como agentes comunitários de saúde, cirurgiões dentistas, equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), podem contribuir para que as consultas de CD Infantil aconteçam.⁽⁶⁾

Essa vigilância é mais eficaz quando realizada de forma interprofissional, pois favorece a troca de experiências e saberes entre a equipe de saúde e população participante e ainda possibilita um espaço para que os responsáveis possam realizar questionamentos, que podem ser melhor contemplados, com maior qualidade, pelas expertises de cada profissão.⁽⁷⁾

Por ser uma estratégia recente de atenção à saúde da criança, e com o objetivo de melhorar o processo de trabalho e a qualidade da assistência à criança, é preciso conhecer outras realidades e formas de fazer saúde, para assim efetivar a qualidade do serviço prestado. Logo, o estudo teve por objetivo identificar as experiências brasileiras no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Básica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Este tipo de revisão, baseia-se na integração de opiniões, conceitos ou ideias em busca por determinado assunto e tem a finalidade sintetizar e analisar resultados de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.^(8,9)

A RIL, ainda, dá suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.⁽¹⁰⁾ Possui também, seis fases de elaboração, a saber: (1) Elaboração da pergunta norteadora; (2) Busca ou amostragem na literatura; (3) Coleta de dados; (4) Análise crítica dos estudos incluídos; (5) Discussão dos resultados; (6) Apresentação da revisão integrativa.⁽¹¹⁾

No estudo, foi construída a seguinte questão norteadora: Como tem sido realizado o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil na Atenção Básica, as estratégias, e que profissionais estão envolvidos nesse atendimento?

As bases de dados utilizadas nesse estudo foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Scopus. É importante destacar que a escolha

por essas bases se deu em razão de serem bases que indexam a maioria das revistas brasileiras. Além disso, foi realizada, na fase de testagem dos descritores, uma busca prévia em outras bases de dados e a constatação da ausência de publicações de experiências brasileiras relacionadas ao objeto de estudo. Para a busca nas bases, utilizou-se os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS-BIREME): Desenvolvimento infantil; Atenção Primária a Saúde; Assistência integral a saúde. Além disso, também foi realizado a busca dos mesmos descritores nas línguas inglesa e espanhola, a saber: Child Development AND Comprehensive Health Care e Desarrollo Infantil AND Atención Integral de Salud.

Como critérios de inclusão, foram utilizados artigos que respondessem as questões de pesquisa, além de, artigos publicados nos últimos cinco anos, em português, inglês ou espanhol, das experiências desenvolvidas no Brasil, como também, artigos disponíveis online e gratuitamente. Foram excluídos artigos repetidos nas bases, experiências internacionais e artigos não respondiam a todas as questões do estudo.

Para levantamento bibliográfico foi utilizado um protocolo de busca construídos pelos autores. No protocolo, estavam contempladas as seguintes informações e variáveis: o título do artigo, o objetivo do estudo, o local da experiência, a revista/periódico publicado, o cenário de prática, e o nível de evidência dos estudos. É válido considerar, que a busca foi realizada em pares, em outubro de 2019.

Para a classificação em níveis de evidência, utilizou-se a seguinte classificação: as revisões sistemáticas e as metanálises como estudos com o nível de evidência I, os ensaios clínicos randomizados como nível de evidência II, os estudos de coorte como III, estudo caso-controle, IV, estudos transversais, V, e relatos de caso como nível de evidência VI.⁽¹²⁾ É válido destacar que a classificação da evidência proporciona subsídios para auxiliar profissionais de saúde na avaliação crítica de resultados oriundos de pesquisas e, conseqüentemente, na tomada de decisão.⁽¹³⁾

Com o objetivo de sistematizar os resultados, optou-se pela codificação dos artigos incluídos, representando-os pela letra "A", acrescido de número cardinal. A figura 1 apresenta o número de artigos conforme as etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão.

RESULTADOS

Após levantamento e análise dos dados, foi possível identificar que, 50% dos artigos foram publicados em 2018, com poucas publicações no período do recorte do estudo, não

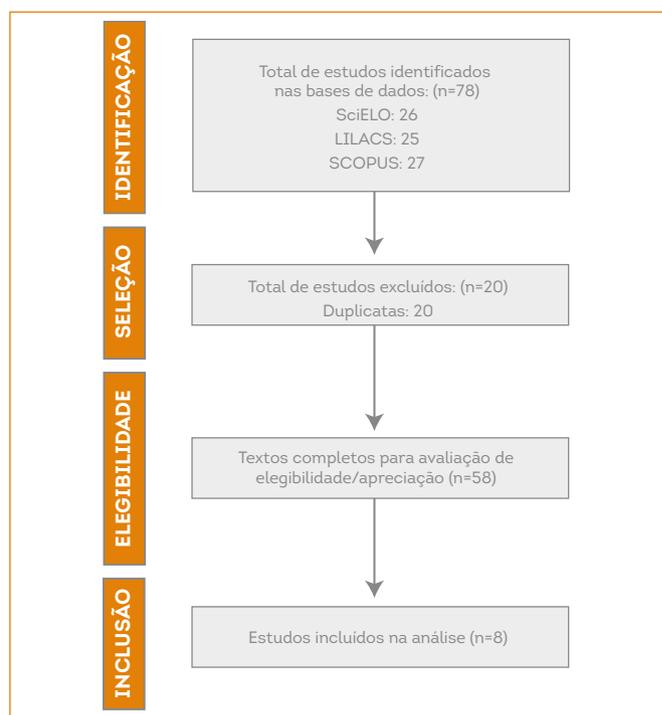


Figura 1. Número de artigos conforme a identificação, seleção, elegibilidade e inclusão

havendo publicações em 2019. Além disso, as regiões que mais publicaram sobre o tema foi o Nordeste, distribuídos entre os estados da Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, e o Sudeste com publicações originárias de São Paulo.

Com relação aos cenários de prática da amostra, a ESF foi o cenário de estudo de todas as experiências analisadas. Não obstante, também foi avaliado o nível de evidência das publicações, já que, é um critério de qualidade.⁽¹⁴⁾

Diante disso, foi identificado que a maioria dos artigos tem nível de evidência V, que se referem a estudos transversais. Também foi possível conhecer os objetivos dos estudos em questão, que vão desde descrever experiências de vigilância em saúde infantil, avaliar o trabalho prestado pela equipe de saúde, avaliar a efetividade de uma intervenção, até identificar e analisar o perfil da produção científica sobre a vigilância do crescimento infantil. O quadro 1 apresenta a amostra final quanto a classificação, título e autoria, objetivos, cenários de práticas, local da experiência, ano de publicação e nível de evidência.

Em continuidade a extração dos resultados, verificou-se que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é realizado por meio de consultas na ESF e, em sua maioria, com ações de aferição de medidas antropométricas, verificação do esquema vacinal e orientação nutricional. Além disso, o uso do cartão de saúde da criança e prontuário, as proposições de ações de promoção,

Quadro 1. Artigos acerca da vigilância do desenvolvimento infantil, por autoria, título, região, ano de publicação e evidência

Código do artigo	Título do artigo/Autoria	Objetivo do estudo	Cenário de prática	Cidade/Estado da experiência	Ano de publicação	Nível de evidência
A1	A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família/ <i>Daniele de Souza Vieira, et al.</i>	Analisar as ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro durante as consultas de puericultura.	ESF	João pessoa-PB	2018	Evidência V
A2	Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica/ <i>Maria Cândida de Carvalho Furtado, et al.</i>	Compreender como se configura a assistência a crianças menores de cinco anos em Unidades de Saúde da Família (USF), com foco na integralidade do cuidado.	ESF	Ribeirão Preto, SP	2018	Evidência V
A3	Estratégias de enfermeiros para a vigilância à saúde da criança/ <i>Marina Sayuri Yakuwa, et al.</i>	Apreender as estratégias de cuidado desenvolvidas por enfermeiros no contexto da vigilância à saúde de crianças.	ESF	São Paulo, SP	2018	Evidência V
A4	Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional/ <i>Denísio Caio de Araújo</i>	Descrever uma experiência inédita de CD coletivo e compartilhado apoiada na parceria "Estratégia Saúde da Família" e "Residência Multiprofissional em Atenção Básica".	ESF	Caicó, RN	2018	Evidência VI
A5	Vigilância do crescimento no contexto da Rede de Serviços Públicos de Saúde Primários no Brasil revisão de literatura/ <i>Dixis Figueroa Pedraza</i>	Identificar e analisar o perfil da produção científica sobre a vigilância do crescimento infantil no contexto da rede básica de saúde do SUS no Brasil.	APS	Campina Grande, PB	2016	Evidência I
A6	Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira/ <i>Maria de Fátima caminha et al.</i>	Descrever, contextualizar e estabelecer algumas perspectivas acerca da evolução do conceito de desenvolvimento infantil e de seu desdobramento atual	APS	Recife, PE	2017	Evidência I
A7	Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família/ <i>Altamira Pereira da Silva Reichert et al.</i>	Avaliar a efetividade de uma ação educativa em vigilância do desenvolvimento infantil, por enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde.	ESF	João Pessoa, PB	2015	Evidência II
A8	Vigilância em Saúde da Criança: perspectiva de enfermeiros/ <i>Marina Sayuri Yakuwa</i>	Analisar concepções de enfermeiros sobre Vigilância em Saúde da Criança, relacionando-as à sua experiência na Estratégia Saúde da Família.	ESF	São Paulo, SP	2015	Evidência V

Quadro 2. Experiências brasileiras na consulta de Crescimento e Desenvolvimento infantil

Código do artigo	Principais resultados dos artigos analisados	Estratégias de acompanhamento	Profissionais envolvidos
A1	As principais ações direcionam-se à situação vacinal, às suplementações de ferro e de vitamina A e à avaliação do crescimento infantil.	Uso de prontuário, caderneta de vacinação	Enfermeiros
A2	Realização de exame físico, coleta de material para exames e imunização, e outras que dizem respeito ao aleitamento materno, alimentação infantil e orientações acerca da prevenção de acidentes.	Inicia-se com o primeiro atendimento da criança na USF, mediante a consulta de enfermagem, agendada ainda na maternidade.	Médicos, Enfermeiros, cirurgião dentista.
A3	Consulta de puericultura com orientações às mães sobre aleitamento materno, vacinação, higiene, entre outras, e a educação para a mãe/cuidador da criança	A visita domiciliar e a busca ativa no domicílio além de, elaboração de planos singulares de cuidado, o compartilhamento de saberes interprofissionais e as ações intersetoriais	Enfermeiros
A4	Uma nova modalidade de consulta de crescimento e desenvolvimento o "CD coletivo e compartilhado".	Conversa sobre a rotina da mãe: orientações quanto às imunizações ou qualquer outro tema que fosse sugerido à discussão. A troca de conhecimento entre as mães/responsáveis era estimulada, era prontamente discutido com os profissionais e residentes.	Equipe multiprofissional de residentes
A5	Com escassez de estrutura, falta de treinamento e / ou motivação profissional de saúde; Falta de adequação e / ou manutenção de instrumentos de medição.	Consultas baseadas em antropometria, mal registradas.	Profissionais de saúde
A6	Atendimento de puericultura na atenção básica é comumente pautado em queixas, no qual o usuário assume "condição passiva."	Obrigatoriedade para o registro no Cartão da Criança	Enfermeiros
A7	Em geral, a consulta do enfermeiro na APS centra-se na aferição de peso, verificação do esquema de vacinações e orientação nutricional.	Instrumento sistematizado para avaliação do desenvolvimento das crianças atendidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa	Enfermeiros
A8	Monitoramento por meio do acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento de ações programadas de cunho educativo e assistencial; com identificação precoce de problemas, de acordo com riscos individuais, familiares e o contexto socioeconômico e cultural.	Proposição de ações de promoção, preventivas e curativas, em diferentes níveis de atenção à saúde e setores da sociedade. Além de parceria com outros níveis de atenção à saúde e equipamentos sociais, como creches e escolas	Equipe multiprofissional

preventivas e curativas são algumas estratégias utilizadas por esses profissionais, predominantemente, da enfermagem. No quadro 2 é possível identificar os estudos analisados, codificados, classificados por modo de realização, estratégias de acompanhamento e profissionais envolvidos nessas ações.

DISCUSSÃO

Mediante análise de conteúdo da amostra foi possível organizar os artigos em três categorias: Principais resultados dos artigos analisados; Estratégias de acompanhamento do CD infantil; e profissionais envolvidos no processo de vigilância.

Os artigos encontrados durante a revisão, mostram que a consulta de CD infantil acontece por meio de atendimentos, focados na anamnese, exame físico, verificação de medidas antropométricas, situação vacinal, queixa conduta, assim como apresentados nos artigos A1, A6 e A7. Assim, reafirma a literatura, mostrando que as ações programáticas estão relacionadas a ações curativistas e fragmentada do enfermeiro, com valorização da doença, e não, da prática de prevenção de agravos e promoção da saúde.⁽¹⁵⁾

Outros profissionais ainda pautam seus atendimentos em orientações no que dizem respeito ao aleitamento materno, nutrição infantil, prevenção de acidentes e a educação para a mãe/cuidador da criança. Embora todas essas orientações sejam importantes, não citam a avaliação dos marcos de desenvolvimento, indispensáveis na vigilância do desenvolvimento motor e cognitivo infantil. Não obstante, os marcos devem ser avaliados e preenchidos em todas as consultas, desde o nascimento até os 3 anos de idade, possibilitando identificar necessidades especiais que demandam abordagem oportuna e pertinente.⁽¹⁶⁾ Isso sugere que a assistência ofertada por esses profissionais ainda é incipiente para as demandas de cuidado, podendo estar vulneráveis às situações de risco, visto que o estado de saúde delas não está sendo avaliado em sua totalidade.⁽¹⁵⁾

É preciso que os profissionais atuantes na Atenção Básica recebam capacitação de qualidade, para que suas ações sejam efetivas na prevenção e promoção de saúde infantil e que seus atendimentos tenham papel educador, no processo de participação social e responsabilização do usuário no Sistema Único de Saúde.

Uma questão importante, e que merece destaque, é a necessidade de implantação de protocolos específicos para a atenção integral a saúde da criança no contexto da Atenção Básica. Nessa perspectiva, o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Comissão de Práticas Avançadas, tem discutido e elaborado diretrizes para construção de protocolos de enfermagem na Atenção Básica.

O estudo A5 aponta pontos negativos de como tem acontecido essas consultas: Como a escassez de estrutura, a falta de treinamento e motivação dos profissionais de saúde, a falta de adequação ou manutenção de instrumentos de medição, demonstrando como a atenção básica no Brasil é marcado por restrições que pode influenciar na prestação da assistência e na qualidade do serviço e, portanto, impactam na saúde da criança.⁽¹⁷⁾

Desse modo, é fundamental que o trabalho na atenção básica envolva profissionais com grande base de conhecimento, com habilidades técnicas e científicas, buscando modificar as condições de vida da comunidade.⁽¹⁸⁾ Além

disso, é importante que os profissionais sejam capazes de inserir-se e mudar realidades, mesmo com as dificuldades que possam encontrar nos cenários de prática.

Apenas o estudo A4, realizado no interior do Rio Grande do Norte, apresenta uma nova forma de fazer essa puericultura, o CD coletivo e compartilhado. Onde, a colaboração interprofissional promovida por esse modelo se mostrou muito benéfico na promoção da saúde bucal e na melhoria da qualidade de acesso às informações pelas mães e por ser uma modalidade de consulta coletiva e compartilhada.⁽¹⁸⁾

Nessa perspectiva, destaca-se a importância da Educação e do Trabalho Interprofissional. Na realidade acima apresentada, o Programa de Residência Multiprofissional tem trabalhado com a valorização dessas práticas no seu currículo. Isso tem favorecido a implementação de experiências exitosas nos municípios conveniados ao programa.

Como já mencionado, resultado deste estudo, as consultas de CD no Brasil se dão por meio de avaliação de medidas antropométricas e para isso utilizam como estratégia de registro o prontuário e cartão da criança. De um modo geral, a Caderneta de Saúde da Criança é um instrumento que amplia o campo de práticas e permite um diálogo com a mãe e a família⁴. Já que, apresenta em seu conteúdo, padrões de normalidades de saúde, como o desenvolvimento, crescimento, imunização, alimentação e higiene.⁽¹⁹⁾

Ainda assim, percebe-se que existem fragilidades na assistência, com a desvalorização da avaliação do desenvolvimento, ausência ou incompletude de registros do desenvolvimento e dos gráficos de crescimento, não consolidação efetiva da ação de acompanhamento do crescimento, o que torna preocupante a qualidade da assistência prestada.⁽²⁰⁾

Outra estratégia mencionada é a do primeiro atendimento da criança na ESF pela enfermagem, agendada ainda na maternidade, reafirmando o pressuposto da integralidade das ações, mediante serviços de saúde organizados em todos os níveis de assistência, para que a criança seja assistida adequadamente.⁽²¹⁾

Pensando na integralidade do cuidado, esse método e as consultas periódicas exemplificam a formação de vínculo entre profissionais e familiares, ferramentas importantes de interação, para que a relação/ vigilância se estabeleça, chamadas de tecnologias leves, na perspectiva do trabalho vivo em ato.⁽²²⁾

Sobretudo, a opinião das mães sobre o desenvolvimento da criança é de fundamental importância para anamnese do desenvolvimento neuropsicomotor, pois esta, quando auxiliada pelas informações dos pais, além de serem, em geral, fidedignas, auxiliam no diagnóstico de alterações.⁽²³⁾

Aparece também como estratégia de vigilância em saúde, a visita domiciliar, corroborando com estudo que aponta a sua importância como instrumento para a prática profissional, por ser um espaço de possibilidades para que atue em defesa do direito à saúde da criança²¹ e identificação precoce dos problemas e agravos no domicílio.⁽²⁴⁾

O artigo A3 trata sobre o compartilhamento de saberes interprofissionais e as ações intersetoriais, a elaboração de planos singulares de cuidado, como práticas de trabalho em equipe com vistas às tomadas de decisão em conjunto, caracterizando novas configurações de trabalho na perspectiva da clínica ampliada, propiciando a reflexão sobre as características do processo de interação entre os profissionais das equipes e aspectos que interferem no trabalho cooperado.⁽¹⁸⁾

No artigo A7, os autores relatam experiência com instrumento sistematizado para avaliação do desenvolvimento das crianças atendidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa, visando melhorar o atendimento à criança na atenção primária em saúde.

O desenvolvimento de modelos de cuidado em equipe e a expansão das práticas profissionais na atenção primária à saúde têm sido recomendados para atender à demanda das populações.⁽²⁵⁾ Esta categoria apresenta os profissionais vinculados à vigilância infantil no contexto da atenção básica, com maior representatividade da enfermagem, seguido de profissionais de medicina e equipe multiprofissional.

Para Branquinho e Lanza (2018)⁽⁴⁾ o enfermeiro tem um papel fundamental, seja no nível individual, através da consulta de enfermagem, seja no nível coletivo, com atividades de educação em saúde, tratando-se, inclusive, de um esforço a nível intersetorial e multiprofissional.

Apesar da integralidade do cuidado ser mais eficaz na perspectiva de trabalho em equipe¹⁸, os profissionais médicos são citados como retaguarda à essas ações, estando disponíveis para consultas intercaladas com o enfermeiro, porém não há o trabalho interprofissional.

Colaboração interprofissional é um termo utilizado para descrever a natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, proporcionando uma atenção à saúde mais abrangente.⁽²⁵⁾ Nesse sentido, o estudo A4 cita a consulta de CD na perspectiva interprofissional, fazendo a aproximação do trabalho da odontologia, a outras categorias profissionais, atuantes no programa de residência.

Aponta-se como limitações o número amostral. Sabe-se que, no contexto das UBS brasileiras, diversas iniciativas e experiências exitosas são desenvolvidas diariamente.

Porém, poucas são publicadas. Nessa perspectiva, não foi possível analisar o fenômeno em sua amplitude.

Ao identificar e compartilhar experiências exitosas, profissionais de saúde, gestores e serviços são encorajados a refletir sobre diferentes realidades e melhorar o processo de trabalho e a qualidade da assistência à criança. O estudo aponta também para a necessidade de fortalecimento das estratégias de qualificação profissional, da atenção integral a saúde da criança – com destaque para a educação e trabalho interprofissional- e para a necessidade do desenvolvimento de protocolos específicos para a Atenção Básica.

CONCLUSÃO

Foi possível identificar experiências brasileira no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Básica. A produção científica sobre o tema é escassa. Os estudos analisados apresentavam baixo nível de evidência. Destaca-se o protagonismo da região nordeste na execução e divulgação de experiências relacionada a assistência à saúde da criança. A maioria das experiências ainda estão voltadas para o modelo biomédico, pautado na queixa conduta, focado na avaliação das medidas antropométricas, sem utilização crítica dessas informações, imunização e o saber pautado no profissional. Porém, pode-se observar também estudos que relatam novas formas assistir a saúde da criança, pautados no saber compartilhado, interação de profissionais e busca de intersetorialidade para efetivação das práticas de assistência à saúde da criança. Nessa perspectiva, os autores encorajam a ampla divulgação das diversas experiências que são desenvolvidas em todas as unidades de saúde e que mais pesquisadores possam continuar o trabalho de mapeamento, divulgação e análise do fenômeno apresentado neste artigo.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Lianne Santos Barbosa de Souza e Raphael Raniere de Oliveira Costa. Coleta, análise e interpretação dos dados: Lianne Santos Barbosa de Souza e Raphael Raniere de Oliveira Costa. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Lianne Santos Barbosa de Souza, Raphael Raniere de Oliveira Costa, Eudes Euler de Souza Lucena e Lia Maristela da Silva Jacob. Aprovação da versão final a ser publicada: Lianne Santos Barbosa de Souza, Raphael Raniere de Oliveira Costa, Eudes Euler de Souza Lucena e Lia Maristela da Silva Jacob.

REFERÊNCIAS

1. Araújo JP, Silva RM, Collet N, Neves ET, Toso BR, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):1000-7.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
4. Branquinho ID, Lanza FM. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018;8:e2753.
5. Silva TC, Cursino EG, Silva LF. Child health booklet: monitoring growth and child development. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(12):3445-55.
6. Silva GN, Cardoso AM. O papel do enfermeiro na redução da mortalidade infantil por meio do acompanhamento de puericultura na atenção básica. *Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago".* 2018;4(1):91-9.
7. Gonçalves AP, Jorge RF, Ribas C, Silva GA, Sehnem RC. Acompanhamento da criança através da puericultura com abordagem multiprofissional em uma unidade básica de saúde de Apucarana-PR [texto na Internet]. In *I Simpósio de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente: 2017 Out 25-26; Londrina. Anais eletrônicos.* Londrina: SAISCA; 2017 [citado 2020 Jan 20]. Disponível em: <http://anais.uel.br/portal/index.php/saisca/article/view/182>
8. Botelho LL, Cunha CC, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gest Soc.* 2011;5(11):121-36.
9. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546-53.
10. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo).* 2010;8(1):102-6.
12. Abdala V. Saúde Baseada em Evidências. APS baseada em evidências. Odontologia baseada em evidências. Decisões baseadas em evidências [texto na Internet]. In *Anais do I Congresso Piauiense de Educação em Atenção Básica em Saúde.* Anais eletrônicos. Teresina: CESCODONTO; 2008 [citado 2020 Jan 20]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/64802875-Saude-baseada-em-evidencias-aps-baseada-em-evidencias-odontologia-baseada-em-evidencias-decisoes-baseadas-em-evidencias.html>
13. Galvão CM. Níveis de Evidência. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):v.
14. Camanho GL. Nível de evidência. *Rev Bras Ortop.* 2009;44(6):1-2.
15. Souza VD, Santos NC, Nascimento JA, Collet N, Toso BR, Reichert AP. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2018; 27(4):e4890017.
16. Caminha MF, Silva SL, Lima MC, Azevedo PT, Figueira MC, Batista Filho M. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Rev Paul Pediatr.* 2017; 35(1):102-9.
17. Pedraza DF. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2016; 16(1):7-19.
18. Araújo DC, Lucena EE, Tavares TR, Araújo TB, Araújo CM, Costa BM, et al. Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. *Rev Ciênc Plural.* 2018; 4(2): 87-101.
19. Silva FB, Gaiva MA, Mello DF. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: percepção dos profissionais. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):407-14.
20. Souza NS, Pereira LPS, Silva SV, Paula WKAS. Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil. *Rev Enferm UFPE on line.* 2019;13(3):680-9.
21. Furtado MC, Mello DF, Pina JC, Vicente JB, Lima PR, Rezende VD. Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(1):e0930016.
22. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais.* PUCSP. 2003;27(65):316-2.
23. Reichert AP, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(5):954-62.
24. Yakuwa MS, Neill S, Mello DF. Nursing strategies for child health surveillance. *Rev Latino-Am Enferm.* 2018;26:e3007.
25. Matuda CG, Pinto NR, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;2(8):2511-21.