



Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



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 Anhanguera. Jornalista (Registro 0011083/DF). Mestrando em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Membro da Comissão de Pós-Graduação Stricto Sensu do Cofen. Membro da Comissão Editorial da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Cofen). Gestor dos Contratos de Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu (Cofen/CAPES/UnB). Membro do Grupo de Trabalho da Pesquisa Perfil de Competências Gerenciais de Enfermeiros. Gestor do contrato da Pesquisa Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (Cofen/UnB). Membro do Grupo de Trabalho da Campanha Nursing Now Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Profissão, Trabalho e Saúde (Fiocruz). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Enfermagem - GEPAG (Unifesp). Editor de Comunicação e Divulgação Científica da Revista Ciência e Saúde Coletiva. Atualmente é Coordenador da Assessoria de Comunicação do Conselho Federal de Enfermagem. 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

420

MÁSCARA: ONTEM, HOJE E ATÉ QUANDO?

Fernando Porto

ARTIGOS ORIGINAIS

422

PERCEPÇÃO MATERNA FRENTE A VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Silvana Lira Gomes da Silva, Ana Márcia Nóbrega Dantas, Keylla Talítha Fernandes Barbosa, Gabriela Lisieux Lima Gomes

429

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA

Ronaldo de Souza Pereira, Eugenio Fuentes Pérez Júnior, Rafael Tavares Jomar, Ariane da Silva Pires, Cristiane Helena Gallasch, Helena Ferraz Gomes

236

REALIDADE DA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM INTERNAÇÃO CIRÚRGICA: ESTUDO QUANTITATIVO E DESCRITIVO

Elisa Porciuncula Foschi, Lúcia Nazareth Amante, Camila Vicente, Bruna Telemberg Sell, Maria Carolina Espindola, Tuany Andrade de Brito, Isadora Blaschke da Silva

442

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO: ESTUDO LONGITUDINAL

Bianca Cristina de Almeida Santos, Daniel Braga de Oliveira, Maria Beatriz Guimarães Raponi, Omar Pereira de Almeida Neto, Patricia Magnabosco, Valéria Nasser Figueiredo

448

RECOMENDAÇÕES NACIONAIS A CATETERES PERIFÉRICOS: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Ana Victoria Antônio José dos Santos, Amanda Carolina Rozario Pantoja, Amanda Sthefpanie Ferreira Dantas, João Victor Moura Garcia, Erika Régio da Cruz, Crislen de Melo Conceição, Renata Ewilyn de Sousa Alves, Aline Maria Pereira Cruz Ramos

454

CUIDAR DE LESÃO CRÔNICA: SABERES E PRÁTICAS DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA

Isabelly Christina Gomes Vieira, Mariana André Honorato Franzoi

461

BOAS PRÁTICAS PARA MUDANÇA DO MODELO OBSTÉTRICO: O QUE PENSAM OS PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA?

Elisabete Mesquita Peres de Carvalho, Leila Bernarda Donato Göttens, Dirce Bellezi Guilhem

469

CONDIÇÕES ENVOLVIDAS NA REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Érica Pertussati, Míguir Terezinha Vieccelli Donoso, Selme Silqueira de Mattos, Lilian Kelly Barbosa Lima, Giovana Paula Rezende Simino, Bárbara Vieira Oliveira e Silva

475

QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS COMUNITÁRIOS: ESTUDO TRANSVERSAL

Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão, Gleicy Karine Nascimento de Araújo, Rafaella Queiroga Souto, Alice Maria Barbosa da Silva, Renata Clemente dos Santos, João Euclides Fernandes Braga

482

APRENDIZAGEM DE ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E REANIMAÇÃO APÓS TREINAMENTO TEÓRICO E PRÁTICO

Perpétua Mendes Magalhães Sereno, Lúcia Marinilza Beccaria, Caroline Benvenuti, Maria Clara Vioto Gragnani, João César Jacon, Tais Pagliuco Barbosa

489

QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM QUIMIOTERAPIA E FAMILIARES

Larissa Martins Cordeiro, Diana Gabriela Mendes dos Santos, Fabiana de Souza Orlandi

496

PERFIL DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS COORDENADORES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM: VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO

Valnice de Oliveira Nogueira, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

504

PERFIL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Rogério Ribeiro, Maria Lúcia Silva Servo, Aloisio Machado da Silva Filho

512

RELAÇÃO DE TRABALHO ENTRE ENFERMEIROS OBSTÉTRICOS E DOULAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Lúcia Aline Moura Reis, Rubenilson Caldas Valois, Laura de Fátima Lobato Silva, Maira Cibelle da Silva Peixoto, Kariny Veiga dos Santos, Ana Sheyla Falcão Modesto

520

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® IDENTIFICADOS EM PUÉRPERAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Larissa Layne Soares Bezerra Silva, Rhayza Rhavénia Rodrigues Jordão, Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes, Viviane Rolim de Holanda, Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli, Suzana de Oliveira Manguiera

526

ADESÃO DE MULHERES E ACOMPANHANTES PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE GESTANTE E CASAS GRÁVIDOS

Margarete Maria de Lima, Franciny Vieira Agostinho, Luana Santos Souza, Roberta Costa, Maria de Fátima Mota Zampieri, Zaira de Oliveira Custódio, Ariane Thaise Frello Roque

533

DESENVOLVIMENTO DE CHATBOT PARA ADOLESCENTES SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Valdenia de Melo Mendonça, Andréia de Melo Mendonça, Nathanael de Souza Maciel, Marcela de Freitas Matos, Antônio Wendel Nogueira Oliveira, Carolina Maria de Lima Carvalho, Ismael Moreira de Sousa, Leilane Barbosa de Sousa

540

CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Paula Garbuio Cavalheiro, Carla Luiza da Silva, Maria de Lá Ó Ramalho Veríssimo

546

ASSOCIAÇÃO ENTRE OS FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIA CARDÍACA

Évlin Diniz Gutierrez, Laurelize Pereira Rocha, Janaina Sena Castanheira, Tais Maria Nauderer, Deciane Pintanela de Carvalho, Laís Farias Juliano

552

MAPA CONCEITUAL: REPRESENTAÇÃO SOCIAL NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida, Ana Paula de Assis Sales, Aline Moraes da Silva, Priscila Maria Marcheti, Silvana de Castro Souza, Beatriz Maria Jorge

560

CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS ACERCA DA SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA NO MANEJO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

Aline Cerqueira Santos Santana da Silva, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Michelly Cristynne Souza Bonifácio, Yasminn Canella Cabral Banjar Coelho, Marialda Moreira Christoffel, Camylly Lyeggy Ramalho Campos Rimes Valente

567

PERCEPÇÕES DE PESSOAS COM SEQUELAS PELA HANSENÍASE ACERCA DO AUTOCUIDADO

Rayla Maria Pontes Guimarães Costa, Layza Castelo Branco Mendes, Gerarlene Ponte Guimarães Santos, Joelson dos Santos Almeida

575

FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO SABER LOCAL DE POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

Rosane Vieira Lobato, Rayssa Muniz Medina Viana, Laura Maria Vidal Nogueira, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, Bárbara Lopes Paiva, Angela Maria Rodrigues Ferreira

582

PREVALÊNCIA DE SEPSE EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO

Mayara Kelle Rodrigues de Carvalho, Marianne Rocha Duarte de Carvalho

588

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DE IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Tatielle Aparecida Almeida Bernardes, Edileuza Teixeira Santana, Gabriella Gonçalves Coutinho, Luiza Rodrigues Camisasca, Gabriel Dias de Araújo, Fabíola Afonso Fagundes Pereira, Ricardo Otávio Maia Gusmão, Diego Dias de Araújo

594

ANÁLISE DA CONVERGÊNCIA ENTRE O RISCO DE QUEDAS E A DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Fernanda Silva de Moraes, Fernanda Lima Herold, Amanda Pestana da Silva, Ana Laura Olsefer Rotta, Lucas Paulo de Souza, Tatiana Scopel Machado, Janete de Souza Urbanetto

601

METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS: DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS SOCIAIS

Anderson Reis de Sousa, Clea Conceição Leal Borges, Márcio Soares de Almeida, Isabella Félix Meira, Josias Alves de Oliveira, Cléton Salbego, Álvaro Pereira

ARTIGOS DE REVISÃO

608

PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO FAMILIAR PARA O PAPEL DE CUIDADOR FAMILIAR DE UM IDOSO DEPENDENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Samara Gonçalves de Oliveira, Célia Pereira Caldas

615

CUIDADOS PALIATIVOS NA CRIANÇA CARDIOPATA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Adriana Ferreira Espíndola Araújo, Amanda Silva de Macêdo Bezerra, Evelise Helena Fadini Reis Brunori, Sérgio Henrique Simonetti

INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

622

CONSTRUÇÃO DO E-BOOK “CONVERSANDO SOBRE CORONAVÍRUS COVID-19”

Daiana Beatriz de Lira e Silva, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda, Betânia Maria Pereira dos Santos, Cesar Cartaxo Cavalcanti

MÁSCARA: ONTEM, HOJE E ATÉ QUANDO?

Fernando Porto¹ (<https://orcid.org/0000-0002-2880-724X>)

¹Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Autor correspondente: Fernando Porto | E-mail: ramosporto@openlink.com.br

Como citar:

Porto F. Máscara: ontem, hoje e até quando? [Editorial]. *Enferm Foco*. 2021;12(3):420-1.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4980

O mês de março de 2020 foi e ficará na história. Um novo subtipo viral de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* (SARS-Cov2), identificado na China gerou a pandemia da COVID-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O toque pelo aperto de mãos foi a principal forma de contágio, bem como a transmissão por meio de gotículas de saliva, espirro, tosse e catarro. O período de incubação é de 2 a 14 dias, quando os sintomas de febre, tosse e dificuldade para respirar são os mais comuns. No mês de abril/2020 foram confirmados 1.210.956 casos e 67.594 óbitos, com taxa de letalidade de 5,6%. No Brasil, 12.056 casos confirmados de COVID-19 e 553 óbitos, com taxa de letalidade de 4,6%.⁽¹⁾

Para combater o avanço da Covid-19 houve a indicação da utilização do álcool gel e/ou álcool líquido à 70% para higiene do ambiente, das mãos e objetos, protetor facial e a máscara facial, bem como a recomendação do distanciamento e isolamento social em caso de contaminação.

No início pandêmico, circulava nas redes sociais diversos materiais para confecção de máscaras. Isto seguiu da criatividade ao material industrial, desde o coador de café, em papel, à proteção tipo PFF2 ou N95. No mercado ocorreu a carência do artefato para uso cotidiano. Politizaram e/ou polarizaram a indicação, enquanto a OMS recomendava/recomenda o uso como uma das maneiras de prevenção contra a COVID-19 inclusive, atualmente, mesmo imunizado com a vacina até que seja possível controle da pandêmico.

Pensar nesse tipo de artefato, em tempos da COVID-19, requer refletir sobre o sentido que ela produz. Acreditamos na articulação cultural ao aspecto sanitário. Isto nos conduziu a diversas reflexões que optei por compartilhar com vocês.

Na BBC News Brasil, intitulado "COVID-19: uma breve história das máscaras faciais, da peste negra à pandemia". Tem-se o registro do uso das máscaras como disfarce, protetora em diversos aspectos, estética e afirma que foi com a peste negra (século XII) que ela veio como mecanismo de barreira em prol da saúde. Em síntese, o texto afirmar que, os ladrões de banco, artistas *pop* e excêntricos, japoneses faziam na maioria das vezes uso delas em diversos ambientes, bem como nas ritualísticas afro-ameríndias, nas festas de carnaval. Na era vitoriana elas eram usadas presas aos chapéus - tipo véu- destinado aos rituais fúnebres e proteção contra o sol, em países com ambientes com excesso de fumaça névoa do clima frio na Europa e a emissão dos gases na atmosfera, como proteção da classe trabalhadora contra o pó de borracha,

metal, óxidos de nitrogênio, por exemplo. Logo, o uso dela não se trata de novidade.⁽²⁾

A modelagem das máscaras eram/são as mais diversas. Por exemplo, à época da Peste Negra, ela se remetia a um bico de pássaro, tendo na ponta ervas e essências aromáticas, no entendimento de neutralizar a transmissão.⁽²⁾

As máscaras no uso cotidiano foram/são acessórios em tempo de pandemia que aponta que veio, ficou e não sabemos até quando iremos continuar a usá-las. Lilian Pecce em seu sítio eletrônico⁽³⁾ sobre as tendências da moda nos apresenta diversos *post* sobre elas como elemento fundamental de proteção.⁽⁴⁾

Yrurari Jóhannsdóttir, estilista especializada em tricô, postou nas redes sociais sua criação com publicação no site da Vogue. A modelagem das máscaras se remete a caras, bocas e línguas em 3D de algodão duplo. Outro artista, Matthias Kretschmer, com mais de 50 máscaras/dia, tendo por referência as temáticas do cinema, teatro e cultura *pop*,⁽⁵⁾ sendo alguns do campo da moda que se dedicaram a arte de confeccioná-las.

Ademais, Lilian Pecce apoiou/apoia o uso de máscara com a #mascaraparatodos,⁽⁶⁾ bem como registrou os nomes de diversas empresas envolvidas com a estética e moda a doação de máscaras para a população.⁽³⁾ Isto significa a preocupação de profissionais fora do campo da saúde, seguindo a indicação da OMS, ou seja, a empatia pelo outro.

The economist apresentou 20 tendências de comportamento para um mundo pós-pandêmico analisadas por 50 especialistas, a saber: educação *off* e *online* o *learning experience design*, o avanço da telemedicina, menos gastos mais poupança, e-commerce muito e-commerce, câmbio climático será prioritário, o fim das fake News, saúde mental e isolamento, empreendimentos sociais serão prioridade, natural e saudável, o renascimento pessoal, trabalho remoto para sempre, adeus a grandes escritórios, viagens de negócios - somente o indispensável, casas escritórios, mercado de trabalho global, serviços por assinatura e realidade virtual, novas tecnologias se tornam vitais, o turismo volta fortalecido, proteção dos dados pessoais se tornam prioridade e irrupção massiva da inteligência artificial.⁽⁷⁾

Mediante ao dito dos aspectos higiênicos, históricos, tipos, modelagens, arte, cultura, e, especialmente, das tendências de comportamento para o período pós-pandêmico, leva-nos a crer que o uso da máscara consciente, mediato ou imediato, dependerá das circunstâncias referentes ao agravo à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Neto M, Gomes T, Porto F, Rafael R, Fonseca M, Nascimento J. Fake news no cenário da pandemia de COVID-19. *Cogitare Enferm.* 2020;25:e72627.
2. Bell B. Mascarillas: desde la peste negra hasta la pandemia, su evolución en 500 años de historia [Internet]. *BBC News* 2021 [citado 24 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56501626>.
3. Pacce L. Moda e beleza continuam a se mobilizar na luta contra o coronavírus! #MáscaraparaTodos [Internet] 2020 [citado 24 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.lilianpacce.com.br/tag/mascara-para-todos/>
4. Pacce L. Novos (ou velhos?) hábitos que adotamos em 100 dias de quarentena! [Internet] 2020 [citado 24 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.lilianpacce.com.br/moda/tendencias-2/novos-ou-velhos-habitos-que-adotamos-em-100-dias-de-quarentena/>
5. Pacce L. Máscaras de proteção inspiram trabalhos bem criativos durante a quarentena! [Internet] 2020 [citado 24 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.lilianpacce.com.br/e-mais/o-uso-de-mascaras-de-protecao-inspira-artistas-em-trabalhos-bem-criativos-durante-a-quarentena/>
6. Pacce L. Agora é pra valer: máscara para todos! [Internet] 2020 [citado 24 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.lilianpacce.com.br/video/agora-e-pra-valer-mascara-para-todos/>
7. The World In 2021. *The Economist* [Internet]. 2020 [citado 24 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.economist.com/the-world-in-2021>

PERCEPÇÃO MATERNA FRENTE A VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

MATERNAL PERCEPTION REGARDING CHILD DEVELOPMENT SURVEILLANCE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

PERCEPCIÓN MATERNA FRENTE A LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Silvana Lira Gomes da Silva¹

Ana Márcia Nóbrega Dantas²

Keylla Talitha Fernandes Barbosa²

Gabriela Lisieux Lima Gomes²

(<https://orcid.org/0000-0001-5475-6928>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5729-8512>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6399-002X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7032-2035>)

Descritores

Enfermagem; Enfermagem pediátrica; Atenção primária à saúde; Saúde da criança; Desenvolvimento infantil

Descriptors

Nursing; Pediatric nursing; Primary health care; Child health; Child development

Descriptores

Enfermería; Enfermería pediátrica; Primeros auxilios; Salud de los niños; Desarrollo infantil

Recebido

7 de Agosto de 2020

Aceito

22 de Março de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Ana Márcia Nóbrega Dantas

E-mail: am_nobrega@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Investigar a percepção das mães de crianças de zero a dois anos sobre a vigilância do desenvolvimento infantil na Estratégia de Saúde da Família em município do estado da Paraíba.

Métodos: Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, realizada no período de setembro a de outubro de 2019, por meio de entrevista individual com 21 mães de crianças acompanhadas em puericultura.

Resultados: Identificaram-se, a partir da análise, três principais categorias: O conhecimento das mães acerca da puericultura, na qual observou-se que cerca de 57,14% das mães desconheciam o termo; Baixa adesão das mães as consultas de puericultura, decorrente da dificuldade do cumprimento frente ao estabelecido pelo Ministério da Saúde; e a Dificuldade em identificar o profissional responsável por realizar as consultas de puericultura na estratégia da saúde da família, com 57,14% da amostra apresentando problemas no reconhecimento deste profissional.

Conclusão: Evidencia um número preocupante de mães que desconhecem os aspectos da vigilância do desenvolvimento infantil, não realizam o acompanhamento de seus filhos ou mesmo desconhecem o profissional.

ABSTRACT

Objective: To investigate the perception of mothers of children aged zero to two about child development surveillance in the Family Health Strategy in a municipality in the state of Paraíba.

Methods: Exploratory research, with a qualitative approach, carried out from September to October 2019, through an individual interview with 21 mothers of children monitored in childcare.

Results: From the analysis, three main categories were identified: The mothers' knowledge about childcare, in which it was observed that about 57.14% of the mothers did not know the term; Low adherence of mothers to childcare consultations, due to the difficulty of complying with the established by the Ministry of Health; and Difficulty in identifying the professional responsible for carrying out childcare consultations in the family health strategy, with 57.14% of the sample showing problems in recognizing this professional.

Conclusion: It shows a worrying number of mothers who are unaware of aspects of child development surveillance, do not monitor their children or even ignore the professional.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la percepción de las madres de niños de cero a dos años sobre la vigilancia del desarrollo infantil en la Estrategia de Salud Familiar en un municipio del estado de Paraíba.

Métodos: Investigación exploratoria, con un enfoque cualitativo, realizada de septiembre a octubre de 2019, a través de una entrevista individual con 21 madres de niños monitoreadas en guarderías.

Resultados: A partir del análisis, se identificaron tres categorías principales: el conocimiento de las madres sobre el cuidado de los niños, en el que se observó que aproximadamente el 57.14% de las madres no conocía el término; Baja adherencia de las madres a las consultas de cuidado de niños, debido a la dificultad de cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud; y Dificultad para identificar al profesional responsable de llevar a cabo consultas de cuidado infantil en la estrategia de salud familiar, con 57.14% de la muestra mostrando problemas para reconocer a este profesional.

Conclusion: Muestra un número preocupante de madres que desconocen aspectos de la vigilancia del desarrollo infantil, no vigilan a sus hijos ni ignoran al profesional.

¹Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, PB, Brasil.

²Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Como citar:

Silva SL, Dantas AM, Barbosa KT, Gomes GL. Percepção materna frente a vigilância do desenvolvimento infantil na estratégia da saúde da família. *Enferm Foco*. 2021;12(3):422-8.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4285

INTRODUÇÃO

A assistência à criança necessita de uma visão integral em todos os aspectos, de modo que possa oferecer conduta protetora com escuta eficaz e olhar atento, construindo dessa maneira vínculo e compromisso.⁽¹⁾ O interesse maior deve ser a criança dentro do âmbito familiar e social, no entanto, não se deve desperdiçar a oportunidade de desempenhar o cuidado, possibilitando qualidade na assistência integral com vinculação e comprometimento a respeito da continuidade da assistência.⁽²⁾

Com a finalidade de garantir a assistência à criança, foram construídas políticas públicas a fim de integralizar este cuidado. Neste sentido, a Atenção Primária a Saúde (APS), responsável por coordenar as redes de atenção por intermédio da Estratégia da Saúde da Família (ESF),⁽³⁾ vem trazendo contribuições significativas no combate a redução da mortalidade infantil, principalmente por doenças preveníveis. Como exemplo destaca-se a puericultura, que subsidiada pelas políticas públicas de saúde exerce o papel de prevenção dentro da ESF, sendo uma das principais ações ofertadas à saúde da criança.⁽⁴⁾

O Ministério da Saúde preconiza que toda criança realize no seu primeiro ano de vida no mínimo sete consultas de puericultura e duas no segundo ano, sendo de fundamental importância o cumprimento desse calendário para que possa ser realizado o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças.⁽⁵⁾ Nesta perspectiva, é pertinente destacar que a vigilância do desenvolvimento infantil, viabilizada pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e operacionalizada pela consulta de enfermagem à criança, configura-se como uma estratégia fundamental de promoção e prevenção da saúde infantil.

A consulta de enfermagem tem sido priorizada como uma prática voltada para a assistência a criança. Contudo, nem todos os profissionais sentem-se habilitados a desenvolver uma relação de interação com as mães, enfraquecendo vínculos já existentes e impossibilitando uma conexão durante a assistência prestada. Ademais podemos acrescentar a essa problemática, a falta de conhecimento por parte das mães a respeito dos serviços ofertados em relação a assistência a criança, conforme evidenciado em estudos. Mesmo quando há interesse por parte dos responsáveis em relação a assistência ofertada para os seus filhos, as duas condições supracitadas se mostraram diretamente relacionadas com o enfraquecimento da relação entre mães e profissionais enfermeiros, impossibilitando assim um cuidado eficaz.⁽⁶⁾

Durante a consulta de puericultura faz-se necessário atenção direcionada à criança e efetividade no

relacionamento junto às genitoras para que sejam identificadas as principais dúvidas e dificuldades que possam surgir nesses primeiros meses de vida. Dessa forma, é oferecido todas as informações primordiais relacionadas aos primeiros cuidados, como a importância do aleitamento materno, incentivando e encorajando a sua prática exclusiva, a vacinação, explicando sobre a atualização do calendário vacinal conforme preconiza o Ministério da Saúde, as condições de higiene, bem como a prevenção de acidentes.⁽⁷⁾

O enfermeiro exerce papel importante na sistematização da assistência à criança no âmbito da ESF, prestando cuidado integral, desenvolvendo estratégias para acompanhar a criança no crescimento e desenvolvimento,⁽⁸⁾ fornecendo ações educativas sobre amamentação, atentando quanto a imunização, possibilitando a formação de vínculos com a família e orientando-os nos principais sinais de risco. Além do mais, a consulta de enfermagem deverá estar alicerçada nas cinco fases do processo de enfermagem, evidenciado pela coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação das intervenções e avaliação.⁽⁹⁾

Logo, a presente pesquisa justifica-se pela importância do monitoramento do crescimento e desenvolvimento com o intuito de promover e assegurar a saúde da criança. Portanto, faz-se necessário um acompanhamento que se inicia desde o nascimento e estende-se por toda a infância e, para tanto, demanda capacitação profissional no sentido de identificar os fatores de risco inerentes à criança acompanhada na puericultura garantindo, assim, um cuidado contínuo e progressivo.

Diante da relevância da puericultura como meio de manutenção da saúde da criança, este estudo tem por objetivo investigar a percepção das mães de crianças de zero a dois anos sobre a vigilância do desenvolvimento infantil na Estratégia de Saúde da Família em município do estado da Paraíba.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade Cuitegi, localizada no interior da Paraíba, em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família.

A população do estudo foi composta por 27 mães, enquanto a amostra da pesquisa foi definida por conveniência, estabelecida pelos seguintes critérios de inclusão: apresentar idade maior que 18 anos, pertencer à área adscrita da unidade de saúde pesquisada, estar cadastrada no programa de puericultura da referida unidade, com filhos na

faixa etária de zero a dois anos e apresentar condições de saúde física e mental para participar do estudo. Os critérios de exclusão foram a ausência da mãe na unidade no período pré-estabelecido para a coleta dos dados e não pertencer ao território de abrangência da unidade pesquisada. A amostra final foi representada por 21 mães, não foram inseridas seis mães por não atenderem aos critérios de inclusão.

A coleta de dados aconteceu no período de 24 de setembro a 18 de outubro de 2019 por meio de entrevista individual na ESF, cujo método de abordagem foi presencial, estando presente apenas o entrevistador e a mãe/criança. Foram realizadas nos dias que ocorreram o atendimento de puericultura de acordo com o cronograma da unidade e contou com um instrumento teve como direcionamento as seguintes questões norteadoras: Você já ouviu falar em puericultura? Você já realizou alguma consulta de puericultura com seu filho? Você sabe qual a importância da puericultura para a vida do seu filho? Você sabe quais os procedimentos são realizados na consulta de puericultura? Você sabe qual profissional é responsável por realizar a puericultura na sua unidade?

O local destinado para a coleta das informações foi a sala de espera do atendimento, na qual cada mãe era informada sobre a necessidade de gravar as respostas conferidas mediante instrumento de gravação de som. Cada entrevista durou no mínimo 10 minutos e no máximo 30 minutos ou até o momento que a mãe pediu encerramento. Não houveram entrevistas repetidas e as transcrições não foram devolvidas as entrevistadoras. Salienta-se que não existiu vínculo com os participantes antes da entrevista.

O encerramento da pesquisa se deu através da suficiência dos resultados, configurando uma amostragem por saturação. A análise dos dados foi realizada após a transcrição na íntegra das entrevistas gravadas. Para garantir o anonimato das mães cada entrevistada foi representada pela letra M, seguida do número correspondente a mesma.

Vale ressaltar que antes da realização da coleta de dados, houve a explicação acerca dos objetivos da pesquisa e consentimento da participação da referida mãe por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Os dados coletados foram organizados e interpretados através da análise de conteúdo, conforme o método de Bardin,⁽¹⁰⁾ que consistem em um grupo de técnicas de análise das comunicações tendo em vista a obtenção, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos

as condições de produção/recepção variáveis inferidas destas mensagens. Indica ainda que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a interferência e a interpretação.

Durante todo o processo da pesquisa foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 466/2012 - CNS-MS/BRASIL (Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde), assim como estabelecido uma relação na qual o ser pesquisado foi respeitado na sua dignidade. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e foi aprovado sob número de parecer: 3.590.533. Ademais foram garantidos os preceitos éticos do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.⁽¹¹⁾

RESULTADOS

Abordando o perfil socioeconômico das entrevistadas, observa-se que dentro de uma amostra de 21 mães, 10 (47,6%) delas concluíram o ensino médio, 2 (9,5%) possuem nível superior, e 9 (42,9%) o ensino fundamental. No que se refere a faixa etária, as idades variaram entre 18 e 33 anos. Apenas 03 (14,2%) entrevistadas eram primíparas e 18 (85,8%) eram múltiparas, todas eram casadas e/ou relataram que se encontrava em uma união estável. No que concerne a análise do questionário, foi possível categorizar os dados em três variáveis, de acordo com a interpretação da percepção das mães frente à vigilância do desenvolvimento infantil em consultas de puericultura: O conhecimento das mães acerca da puericultura, Baixa adesão às consultas de puericultura; e Identificação do profissional que realiza a consulta de puericultura na ESF.

O conhecimento das mães acerca da puericultura

No total de 21 mães participantes da pesquisa, 12 (57,1%) delas nunca tinham ouvido falar sobre o termo puericultura, relatando não ter conhecimento algum sobre este assunto. Outras participantes demonstraram saber o que era a consulta de puericultura, descrevendo como sendo o acompanhamento mensal dos seus filhos para mensuração do desenvolvimento dos mesmos através da mensuração do peso e da estatura, o que nos faz perceber nas falas a seguir:

Puericultura, não sei o que é (M02).

Já ouvi falar, acho que é pesar a criança todo mês (M03).

O nome puericultura, não sei o que significa, só se souber com outro nome (M05).

Apesar de ter sido evidenciado predominância sobre a falta de conhecimento das mães sobre a consulta de puericultura, algumas das entrevistadas demonstram entender e definir os objetivos da puericultura, como podemos identificar nas falas abaixo:

A Puericultura é o acompanhamento mensal, onde através desse acompanhamento pode-se detectar algum problema no desenvolvimento da criança (M01).

A Puericultura é a consulta que investiga se a criança está com peso, altura e desenvolvimento adequado para sua idade (M09).

É a consulta com a enfermeira, onde se acompanha o peso, a estatura e o desenvolvimento do bebê (M11).

Baixa adesão às consultas de puericultura

Nos discursos, quando questionadas se já tinham presenciado alguma consulta de puericultura, a maioria das entrevistadas responderam que não e, algumas das que já vivenciaram, relataram não conseguem cumprir o cronograma preconizado pelo ministério da saúde, dificultando dessa forma o acompanhamento das crianças pela equipe da ESF. Outras entrevistadas alegaram que conseguem comparecer as consultas de acordo com o agendamento, como podemos observar nas falas abaixo.

Já realizei a consulta, mas não consigo realizar conforme o agendamento (M5).

Nunca realizei esse tipo de consulta com meu filho (M2).

Realizo a consulta desde o nascimento, e consigo levar meu filho de acordo com o agendamento (M1).

Identificação do profissional que realiza a consulta de puericultura na ESF

No que diz respeito ao reconhecimento do profissional que realiza a consulta de puericultura na ESF, 12 (57,1%) das 21 participantes responderam que desconhecem qual profissional é responsável pelas consultas de puericultura. Entre aquelas que relataram conhecer, um atribui a função ao agente de saúde, uma vez que esse profissional faz as medidas de peso e altura dos seus filhos, enquanto dois participantes disseram ser o pediatra o profissional qualificado para realizar esse tipo de atendimento, e seis relataram ser competência do enfermeiro, conforme evidencia-se nas falas a seguir:

Não sei qual profissional realiza esse tipo de atendimento no posto (M15).

Não sei quem realiza mas acho que deveria ser o pediatra, não é o responsável por acompanhar crianças (M19).

O agente de saúde, sempre levo meus filhos para que ele veja o peso e a altura (M21).

Sim sei, a Enfermeira (M16).

DISCUSSÃO

O desconhecimento sobre o termo puericultura é vivenciado por mães e também por outros membros da família, como avós que participam do processo do cuidar em determinadas situações, cumprido essa tarefa muitas vezes integralmente de acordo com cada contexto familiar.⁽¹²⁾ Tal contexto nos faz entender a relevância da educação em saúde com o propósito de ofertar as ações de saúde a todos os membros do grupo familiar.

Estudo com resultados similares aponta a impossibilidade de descrever objetivo principal da puericultura por parte das genitoras, o que pode estar correlacionado com o nível social, econômico e cultural das mesmas.⁽¹³⁾ Contudo, percebe-se uma falta de conhecimento sobre o assunto, uma vez que não conseguem discernir o que é proposto e mensurado na puericultura, o que pode acarretar em agravos futuros para o desenvolvimento dessas crianças.

Outro aspecto proveniente da falta de conhecimento das mães é a escassez de informação que os profissionais de saúde repassam, direcionando a consulta de forma superficial e mecanizada, impossibilitando o processo de compreensão, além de alargar o vínculo mútuo entre os profissionais e as mães.⁽¹⁴⁾ No entanto, estudo realizado em sete unidades básicas de João Pessoa-PB mostrou que, segundo a percepção das enfermeiras, essa incompreensão advém do não seguimento das orientações passadas durante a consulta.⁽¹⁵⁾

Estratégias como a educação em saúde podem dirimir essa problemática, conforme evidenciado por pesquisa realizada no município de Juazeiro do Norte-CE. Tratou-se de uma pesquisa-ação, na qual, foi feito rodas de conversas com desenvolvimento de intervenções para estimular as mães ao conhecimento da puericultura, orientando de maneira dinâmica com temas específicos, como, crescimento e desenvolvimento, imunização, alimentação. Esse tipo de conduta constatou-se significância na percepção das mães sobre o conhecimento da puericultura, além de aumentar o vínculo dos profissionais com as mães e melhorar a conduta do enfermeiro frente à essa estratégia.⁽¹⁶⁾

Na mesma perspectiva, estudo realizado em uma clínica em Nova Iguaçu-RJ, permitiu evidenciar um potencial conhecimento das mães a respeito da puericultura, fato este relacionado com a efetividade das estratégias em educação a saúde. Ainda refere que as mães dão importância a consulta de puericultura e relacionam esse acompanhamento a identificação de alguma alteração de forma precoce, que muitas vezes passam de forma despercebida por parte delas.⁽¹⁷⁾

Sobre a periodicidade das consultas, estudo realizado com mães quilombolas,⁽¹⁸⁾ evidenciou que a maioria relatou levar regularmente os filhos para consulta e essa adesão está diretamente ligada com a promoção da saúde. Foi observado que a avaliação do crescimento, exames das condições gerais, orientação de educação à saúde e identificação de problemas/agravos e intervenção, são itens fundamentais para aceitar a importância da puericultura.

Desse modo, os dados analisados nesta categoria sugerem a falta de conhecimento das mães acerca das consultas de puericultura, ou um conhecimento incipiente relacionado ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Tal fato reforça a necessidade de capacitação profissional no sentido de perceber tais fragilidades, provendo estratégias de aproximação das mães mas, sobretudo, ações educativas com a finalidade de destacar os objetivos e relevância das consultas de enfermagem na puericultura.

A falta de conhecimento da mãe acarreta a baixa aderência da mãe em levar seu filho as consultas da puericultura, o que concerne a segunda variável analisada. Estudo realizado em Jardim Salvador - Petrópolis /RJ demonstrou resultados similares, destacando o baixo o número de consultas em relação ao número de crianças pertencentes aquela comunidade, de modo que os índices revelaram um déficit de conhecimento por parte das mães sobre a importância desse acompanhamento para os seus filhos.⁽¹⁹⁾

Após uma análise situacional⁽²⁰⁾ a partir de entrevistas com os profissionais que compõem a equipe da ESF do município Paracatu-Minas Gerais, foi possível identificar alguns fatores que ocasionaram a baixa adesão as consultas de puericultura. O primeiro fator citado foi a falta de orientação das mães sobre a importância da puericultura, sabendo que a falta de conhecimento torna-se um grande desafio para que se consiga ofertar todos os serviços de saúde de acordo com as necessidades de cada indivíduo, tornando-as susceptíveis a vários agravos.

De acordo com este estudo supracitado,⁽²⁰⁾ outra fragilidade significativa para a baixa adesão das mães a consulta

de puericultura inclui o processo de trabalho da equipe com orientações incompletas e poucas informações necessárias, dificultando assim os esclarecimentos das mães sobre o funcionamento do serviço. Por esse motivo, a educação em saúde torna-se essencial para que haja um fortalecimento na atenção primária, buscando a prevenção e a proteção para que se possa evitar agravos futuros.

A baixa adesão às consultas de puericulturas se contrapõe à periodicidade mínima preconizada pelo Ministério da Saúde para a realização desse acompanhamento. Neste sentido, é pertinente destacar a necessidade do enfermeiro da atenção primária de saúde reforçar quanto a manutenção da frequência e atendimento ao agendamento das consultas subsequentes, como forma de garantir a continuidade do cuidado à criança.

Muitas das famílias ainda desconhecem a consulta de enfermagem, fazendo com que exista dificuldade das crianças serem acompanhadas pelo enfermeiro, como mostra estudo realizado em um consultório de enfermagem no centro de atendimento clínico de Itaperuna CACI. O estudo ainda aborda dados preocupantes em relação a busca de orientação na internet por parte das mães, possibilitando impactos negativos sobre a saúde dos seus filhos.⁽¹⁴⁾

No que concerne a terceira variável "Identificação do profissional que realiza a consulta de puericultura na ESF, é oportuno destacar que algumas mães identificaram o pediatra como sendo o profissional que realiza a puericultura. Os achados corroboram com outro estudo realizado em Maringá no estado do Paraná, no qual as mães participantes relacionaram a figura do médico pediatra como profissional responsável por acompanhar as crianças. Essa falta de conhecimento possibilita identificar uma fragilidade na população, que reconhecem o médico como a única figura envolvida na assistência.⁽¹²⁾

O enfermeiro exerce um papel essencial na puericultura através da assistência prestada em todas as etapas da infância, de acordo com a necessidade da criança e de seus familiares, por meio da oferta de serviços como orientações aos cuidados prestados, na tentativa de prevenir acidentes, eliminando assim eventuais agravos, tendo como ênfase principal a saúde. Tal assistência é considerada de elementar importância tendo em vista a possibilidade de trabalhar na puericultura ações de prevenção e conforto, realizadas através da promoção e atenção voltadas à saúde da criança.⁽⁷⁾

Ao reconhecer o enfermeiro como o profissional que realiza a consulta de puericultura, as mães participantes da pesquisa ressaltam a importância deste profissional como facilitador no processo de fortalecimento do vínculo entre

a equipe da ESF e a família, o que condiz com o estudo realizado em sete unidades de saúde pertencentes ao distrito III da cidade de João Pessoa –PB, que revelou que as mães desfrutavam de uma relação de amizade e apoio com os enfermeiros.⁽⁶⁾

Desse modo os profissionais precisam de um comprometimento integral e individualizado voltados à saúde da criança.⁽²¹⁾ Um estudo⁽²²⁾ realizado em uma área de baixo nível econômico no Canadá enfatiza a importância da assistência integral, constatando-se que com esse tipo de conduta, os profissionais de saúde tem maior facilidade na identificação de atrasos no desenvolvimento infantil. Para qualidade da assistência, em no estudo⁽²³⁾ realizado com usuários do Serviço de Enfermagem dos Centros de Saúde (CCSS) de Córdoba e província a melhoria dos recursos, como instalações do ambiente, habilidades na comunicação e mais atenção a escuta dos mesmos.

Destaca-se que é fundamental uma visão holística do profissional de enfermagem frente a puericultura, uma vez que todos esses fatores podem interferir no estímulo de um ambiente promissor em relação ao crescimento da criança, dificultando diretamente a sua qualidade de vida e seu convívio familiar.

As limitações do estudo incluem a dificuldade de recrutamento de mães para a coleta de dados, uma vez que esta era realizada nos dias pré-estabelecidos para as consultas de enfermagem à criança e, por vezes, não havia adesão de todas aquelas que estavam marcadas. No entanto, acredita-se que os dados levantados possibilitaram a análise minuciosa da percepção de mães, viabilizando a realização da pesquisa e possibilitando a discussão sobre o conhecimento das mães acerca da puericultura, a baixa adesão das mães nas consultas de puericultura e a identificação do profissional que realiza a consulta de puericultura na ESF por parte das mães.

Nesse contexto, a execução da presente pesquisa oportunizou às mães expressarem suas crenças, sentimentos e compartilharem a percepção sobre as ações de vigilância do desenvolvimento infantil. Por meio destas informações, os profissionais de enfermagem poderão apreciar as demandas subjetivas advindas dessas usuárias, corroborando com a manutenção de uma atenção à saúde de qualidade. É oportuno ressaltar que o binômio mãe-filho deve ser envolvido na construção das práticas do cuidar, respeitando-os

como participantes ativos na manutenção da saúde individual e coletiva.

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou uma análise da percepção das mães de crianças de 0 a 2 anos sobre a vigilância do desenvolvimento infantil em consultas de puericultura realizadas em uma Estratégia de Saúde da Família, possibilitando identificar um conhecimento limitado ou a falta dele em relação a assistência na puericultura. Além da escassez desse conhecimento, foi possível evidenciar um número preocupante de mães que ainda não realizam o acompanhamento de seus filhos na Estratégia de Saúde da Família, ou mesmo desconhecem a identificação do profissional que realiza a puericultura. Há um número relevante de crianças que necessitam ser acompanhadas, no entanto, a falta de envolvimento dos pais e da equipe de saúde impossibilitam o desenvolvimento dessa ação, tornando essas crianças vulneráveis a muitos problemas que interferem diretamente no seu desenvolvimento. Desse modo, a concretização deste estudo destaca para a necessidade de um maior comprometimento em relação a equipe de Estratégia de Saúde da Família com as famílias, fortalecendo a assistência e intensificando as ações de saúde, com o objetivo de promover uma melhor qualidade no cuidar. Conclui-se, enfatizando sobre a necessidade de novas pesquisas nesta perspectiva, com ênfase no desenvolvimento de estratégias de captação dessas famílias, no sentido de sensibilizar sobre a importância dos serviços oferecidos pela ESF com foco na puericultura, mas, sobretudo, no sentido de prover uma assistência efetiva para as crianças e suas famílias.

Contribuições

Silvana Lira Gomes da Silva e Gabriela Lisieux Lima Gomes contribuíram na concepção e/ou desenho do estudo; Silvana Lira Gomes da Silva e Gabriela Lisieux Lima Gomes contribuíram na coleta, análise e interpretação dos dados; Silvana Lira Gomes da Silva, Ana Márcia Nóbrega Dantas, Keylla Talitha Fernandes Barbosa e Gabriela Lisieux Lima Gomes, contribuíram na redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Ana Márcia Nóbrega Dantas, Keylla Talitha Fernandes Barbosa e Gabriela Lisieux Lima Gomes contribuíram revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Yakuwa MS, Neill S, Mello DF. Nursing strategies for child health surveillance. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria No 1130 de 5 Agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [citado 2020 Ago 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
3. Felix MA, Maia FO, Soares RA. Atenção primária à saúde e educação em enfermagem no Brasil. *Enferm Foco*. 2019;10(6):175-81.
4. Vieira DS, Santos NC, Nascimento JA, Collet N, Toso BR, Reichert AP. Prática do enfermeiro na consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):e4890017.
5. 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 Abr 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
6. Reichert AP, Rodrigues PF, Cruz TM, Dias TK, Tacla MT, Collet N. Mothers' perception about the relationship with nurses in the child consultation. *J Nurs UFPE on line*. 2017;11(2):483-90.
7. Bernardo FM, Rouberte ES, Costa EC, Sousa VE, Ferreira AC, Araújo TM, et al. Care for lactating mothers in puericulture consultations: intervention in the waiting room. *J Nurs UFPE on line*. 2017;11(12):29-38.
8. Hanzen IP, Zanotelli SS, Zanatta EA. Diagnostics, interventions and nursing results to subsidy the nursing consultation of the child. *Enferm Foco*. 2019;10(7):16-21.
9. Costa P, Duarte AP, Belela-Anacleto AS, Andrade OS, Balieiro MM, Veríssimo MD. Nursing diagnoses in primary health care consultations to newborns. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):2961-8.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
11. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1990. [citado 21 Maio 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266.
12. Malaquias TS, Gaiva MA, Higarashi IH. Perceptions of the family members of children regarding well-child check-ups in the family healthcare strategy. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(1):62-8.
13. Rezer F, Souza TV, Faustino WR. Dificuldades dos responsáveis por crianças na adesão a puericultura. *J Health NPEPS*. 2020;5(1):338-50.
14. Moura JR, Carvalho AC, Ribeiro TP. A percepção das mães sobre o benefício da puericultura. *Rev Interdiscip Pensam Cient*. 2018;3(4):78-86.
15. Reichert AP, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MC. Bond between nurses and mothers of children younger than two years: perception of nurses. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(8):2375-82.
16. Alves RM, Araujo DS, Delmondes RL, Ferreira LC, Francisco RR, Luna F. Consulta de puericultura: o olhar sobre a prática do enfermeiro. *Rev Interfaces*. 2019;7(1):1-4.
17. Ribeiro WA, Fassarella BP, Neves KC, Alves AL, Costa PA, Antonio FA, et al. Puericultura na atenção primária de saúde: a percepção do responsável sobre consulta de enfermagem. *Saúde Colet*. 2019;7(9):1675-80.
18. Oliveira EF, Camargo CL, Gomes NP, Campos LM, Jesus VS, Ortiz WM. Follow-up consultations on growth and development: the meaning for quilombo mothers. *Esc Anna Nery*. 2018;22(1):e20170054.
19. Rodrigues, BD. Fortalecimento as consultas de Puericultura na Estratégia de Saúde da Família [monografia]. Petrópolis: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016. 23p.
20. Guimarães CT. Puericultura: Baixa Adesão no PSF JK [monografia]. Paracatu: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. 26p.
21. Vieira DS, Dias TK, Pedrosa RK, Vaz EM, Collet N, Reichert AP. Work process of nurses in child development surveillance. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1242.
22. Wong ST, Lynam MJ, Khan KB, Scott L, Loock C. The social paediatrics initiative: a RICHER model of primary health care for at risk children and their families. *BMC Pediatr*. 2012;12:158.
23. Dios Guerra C, Alba Dios MA, Moral RR, García CJ, Torres LAP, Borrego MA. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. *Enferm Glob*. 2013;12(3):162-76.

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA

KNOWLEDGE OF NURSING PROFESSIONALS ABOUT PALLIATIVE CARE IN CLINICAL INPATIENT UNITS

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDADES CLÍNICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Ronaldo de Souza Pereira¹ (<https://orcid.org/0000-0002-4322-8123>)

Eugenio Fuentes Pérez Júnior¹ (<https://orcid.org/0000-0003-4611-0443>)

Rafael Tavares Jomar² (<https://orcid.org/0000-0002-4101-7138>)

Ariane da Silva Pires¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1123-493X>)

Cristiane Helena Gallasch¹ (<https://orcid.org/0000-0002-0823-0818>)

Helena Ferraz Gomes¹ (<https://orcid.org/0000-0001-6089-6361>)

Descritores

Cuidados paliativos; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida; Conforto do paciente

Descriptors

Palliative care; Hospice care; Hospice and palliative care nursing; Patient comfort

Descriptores

Cuidados paliativos; Cuidados paliativos al final de la vida; Cuidados paliativos enfermería en la vida terminal; Comodidad del paciente

Recebido

20 de Março de 2020

Aceito

2 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Ariane da Silva Pires

E-mail: arianepiresuerj@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos nos setores de clínica médica.

Métodos: Estudo qualitativo, realizado em um hospital público no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Foram entrevistados 20 profissionais de enfermagem nos meses de janeiro e fevereiro de 2019. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo temática.

Resultados: Evidenciou-se a compreensão dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos; fatores intervenientes a realização dos cuidados paliativos de qualidade e o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das normatizações e legislações referentes aos cuidados paliativos.

Conclusão: Os profissionais de enfermagem possuem uma percepção contraditória sobre os cuidados paliativos com ocorrência de fatores intervenientes a implementação dos cuidados paliativos e um desconhecimento a respeito das legislações e normas que regem os cuidados paliativos.

ABSTRACT

Objective: To identify the knowledge of nursing professionals about palliative care in the sectors of medical clinic.

Methods: Qualitative study, carried out in a public hospital in the state of Rio de Janeiro, Brazil. Twenty nursing professionals were interviewed in the months of January and February 2019. The data were analyzed through thematic content analysis.

Results: The nursing professionals' understanding of palliative care became evident; intervening factors the provision of quality palliative care and the knowledge of nursing professionals about the standards and legislation regarding palliative care.

Conclusion: Nursing professionals have a contradictory perception about palliative care with the occurrence of intervening factors in the implementation of palliative care and a lack of knowledge about the laws and regulations that govern palliative care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre cuidados paliativos en los sectores de la clínica médica.

Métodos: Estudio cualitativo, realizado en un hospital público del estado de Río de Janeiro, Brasil. Veinte profesionales de enfermería fueron entrevistados en los meses de enero y febrero de 2019. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido temático.

Resultados: La comprensión de los profesionales de enfermería sobre los cuidados paliativos se hizo evidente; los factores intervenientes son la provisión de cuidados paliativos de calidad y el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los estándares y la legislación sobre cuidados paliativos.

Conclusión: Los profesionales de enfermería tienen una percepción contradictoria sobre los cuidados paliativos con la aparición de factores intervenientes en la implementación de los cuidados paliativos y la falta de conocimiento sobre las leyes y regulaciones que rigen los cuidados paliativos.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Como citar:

Pereira RS, Pérez Júnior EF, Jomar RT, Pires AS, Gallasch CH, Gomes HF. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos em unidades de internação clínica. *Enferm Foco*. 2021;12(3):429-35.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3335

INTRODUÇÃO

No contexto de trabalho da enfermagem, observa-se que os profissionais, por estarem envolvidos na rotina diária de cuidados, acabam não observando as peculiaridades que envolvem os cuidados aos clientes sem perspectiva de cura, quando comparados aos demais clientes. Diante de tal realidade, tornam-se necessários estudos sobre a importância dos cuidados paliativos, a fim de prover informações e evidências acerca da qualificação e qualidade dos cuidados de enfermagem ofertados ao paciente neste quadro clínico, principalmente nas situações laborais em que os profissionais parecem ter pouco conhecimento sobre a temática e a sobrecarga de trabalho possivelmente envolvida.^(1,2)

Acrescenta-se que o cuidado de pacientes terminais exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos: requer a compreensão a fundo da individualidade de cada pessoa que se encontra sob cuidados paliativos, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização do indivíduo, contribuindo, conseqüentemente, com o processo de humanização.⁽³⁾ Portanto, profissionais de enfermagem devem receber capacitação para atender essa clientela que demanda assistência, cujo enfoque central não está relacionado a cura, mas sim ao bem-estar.

Outro aspecto importante é o fato de que a maioria dos profissionais, que trabalham com pacientes que se encontram no fim de sua vida, não apresentam o treinamento adequado para esse cuidado, e uma proporção significativa não conhece a legislação vigente sobre cuidados paliativos.⁽⁴⁾ Tal condição pode ter relação com a carência de disciplinas que tratam do tema sobre a morte nos currículos de formação acadêmica, além da pouca oferta de serviços relacionados aos cuidados paliativos na sociedade brasileira. Essas condições constituem barreiras que se colocam frente a um novo olhar ao paciente terminal, pois o paciente não é só biológico ou social, ele é também um ser espiritual e psicológico, e deve ser amparado de forma ampla e abrangente, sendo cuidado em todas as esferas.⁽⁵⁾

Na prática clínica, verifica-se a existência de um suporte tardio ou ineficaz no cuidado ao paciente terminal. Isso dificulta o manejo precoce de sintomas físicos e emocionais para promoção do conforto e o bem-estar, à medida que a adoção precoce de medidas de conforto ao paciente e seus familiares contribui para a maior qualidade no cuidado de enfermagem ofertado.⁽⁶⁾

Outro fator relevante para o estudo sobre os cuidados paliativos está relacionado à projeção do Instituto Nacional do Câncer (INCA), ao estimar que as neoplasias malignas serão a segunda causa de mortalidade na população,

contribuindo para maior demanda de pacientes que necessitarão de profissionais qualificados para a assistência durante a terminalidade de vida.⁽⁷⁾

No que diz respeito ao cuidado de enfermagem, especialmente aquele ofertado a pacientes em fase terminal de vida, é importante valorizar aspectos subjetivos ligados a relação interpessoal, como a escuta solidária que contribui para o paciente expressar seus sentimentos. Assim, a equipe de enfermagem deve desenvolver a habilidade de utilizar a escuta como uma ferramenta do cuidado para melhor percepção das necessidades do paciente terminal oncológico.⁽⁸⁾

No entanto, outras abordagens como a abertura para escuta e prática espiritual à pacientes sob cuidados paliativos são também relevantes, embora ainda exista despreparo dos profissionais para lidar com as mesmas.⁽⁹⁾ Desse modo, a presença do familiar é indispensável para auxiliar no cuidado de forma humanizada. Tal condição reforça a necessidade de capacitação permanente desses profissionais, a fim de minimizar quaisquer dificuldades em relação a abordagem dos familiares no momento de terminalidade de vida.⁽¹⁰⁾

Diante de tais considerações, questiona-se: qual o conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados paliativos em setores de internação clínica? Assim, este estudo teve como objetivo descrever o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos nos setores de clínica médica.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido em enfermarias de clínica médica de um hospital universitário localizado na cidade do Rio de Janeiro, integrante do Sistema Único de Saúde brasileiro. O hospital é responsável pelo atendimento ambulatorial especializado e de internação em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais de enfermagem que atuam em uma das três enfermarias de clínica médica da instituição, totalizando 30 profissionais de enfermagem. Participaram do estudo 20 profissionais de enfermagem, sendo 11 enfermeiros e nove técnicos de enfermagem. Considerou-se o critério de reincidência das informações, ou seja, quando o conteúdo das respostas começarem a se repetir foi um indicativo para finalizar a coleta dos dados.

Adotou-se como critério de inclusão profissionais de enfermagem que tinham prestado cuidado a pacientes em cuidados paliativos. Foram considerados critérios de

exclusão: profissionais de enfermagem afastados por motivos de licença, férias, ou ausentes do setor no momento da coleta de dados, ou que não tiveram contato com esse tipo de cliente.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2019, por meio da entrevista semiestruturada, abordando as seguintes questões: percepção do profissional acerca do cuidado paliativo e sua importância; ações do profissional frente o cuidado do paciente terminal; conhecimento sobre a legislação relacionada aos cuidados paliativos; suporte da equipe multidisciplinar ao paciente em cuidados paliativos; e as repercussões da vivência dos cuidados paliativos na vida do profissional.

Todas as entrevistas foram gravadas em mídia mp3, totalizando 148 minutos de gravação e, posteriormente, transcritas em texto Word, fonte Times New Roman tamanho 12, em um total de 29 laudas.

Os dados foram examinados por meio da análise de conteúdo na modalidade temática. O desenvolvimento da técnica ocorreu em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento, inferência e interpretação dos resultados.⁽¹¹⁾ Na pré-análise, realizou a organização propriamente dita do material. Para esse procedimento, foi necessário a transcrição das gravações dos depoimentos dos participantes na íntegra para um documento escrito, compondo-se assim o (*corpus*) de análise. Posteriormente procedeu-se a leitura flutuante, ou seja, leitura exaustiva do material para familiarizar-se com o conteúdo. Após esse procedimento, realizou-se a fase de exploração do material, compreendendo a transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, ou seja, realizadas operações de codificação. Foram selecionados e marcados por colchetes os trechos importantes e condizentes com os objetivos propostos, e com significações para o contexto da pesquisa. Esses recortes de textos formam as Unidades de Registro.

Na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Nessa fase, emergiram 326 Unidades de Registro (UR). A partir dessas UR, formularam-se 24 Temas/Unidades de Significação (US), de acordo com a característica temática dos discursos dos participantes da pesquisa. A compilação desses 24 temas repercutiu na construção de três categorias empíricas. Os dados foram submetidos aos critérios de representatividade, exaustividade, homogeneidade e pertinência.⁽¹¹⁾

Obedecendo aos preceitos éticos, esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012, do Conselho

Nacional de Saúde (CNS/MS), que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob parecer número 2.970.069. Para garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, as falas apresentadas foram codificadas com a letra maiúscula E para designar entrevistado, seguido do número arábico referente a ordem de entrevista.

RESULTADOS

Sobre as características dos participantes do estudo, a maioria do sexo feminino (80%), com idade entre 30 e 39 anos (40%), 50% com nível de formação em pós-graduação e 55% com tempo de exercício profissional entre 1 a 5 anos. Após a análise de conteúdo dos dados, emergiram as seguintes categorias empíricas: compreensão dos profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos; fatores intervenientes à qualidade dos cuidados paliativos; e conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das normatizações e legislações referentes aos cuidados paliativos.

Compreensão dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos

Essa categoria representa a compreensão dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos, sendo composta por 58% das unidades de significação sendo a categoria com maior representatividade. Destacam-se duas temáticas principais: a percepção de que os cuidados paliativos são importantes para promoção do conforto e bem-estar e que os cuidados paliativos estão relacionados à morte e geram uma sensação de impotência devido ao mal prognóstico. Sobre o primeiro tema tem-se os seguintes discursos apresentados nas falas:

Os cuidados paliativos seriam os cuidados de proporcionar ao indivíduo que já está numa situação onde a cura não é possível; promover situações de conforto e uma qualidade de vida diante desses diagnósticos. [...] (E1)

É muito importante considerando o respeito da dignidade da pessoa, mesmo nos últimos momentos, que gera um conforto maior para o bem-estar [...] (E6)

[...] atender aquele paciente não somente naquela parte biológica, psicológica, naquela parte de movimentação que é importante, muitas das vezes, aquela paciente acamada, ela precisa sair, ir para uma cadeira, ele precisa andar. (E13)

Identifica-se que os profissionais de enfermagem percebem que o cuidado paliativo é importante para o paciente,

uma vez que, contribui para minimizar o sofrimento, e promove o conforto diante da morte iminente.

Contudo, embora os profissionais de enfermagem apresentem uma percepção positiva, há uma compreensão de que os cuidados paliativos estão relacionados a morte e são cuidados que geram uma sensação de impotência devido ao mal prognóstico do cliente.

[...] é um cuidado que a gente tem que ter na fase final de vida com doenças que não tem mais cura e não tenha mais expectativa para esse paciente. (E05)

Cuidados paliativos são aqueles realizados em pacientes com um diagnóstico que não vai levar a cura, uma coisa sem chances ou perspectiva [...] (E08)

Eu penso assim, a gente não é nada, o profissional se sente impotente, nós podemos fazer o que for, mas essa pessoa não terá uma melhora na sua saúde. (E16)

Percebe-se que os profissionais de enfermagem descrevem que os cuidados, de uma forma geral, são ineficazes do ponto de vista da recuperação clínica. Para eles os pacientes não têm possibilidade de cura terapêutica, logo não teriam melhora clínica, e os cuidados não surtiriam efeito sobre sua clínica, acarretando de certa maneira uma atitude inábil, minimizando a importância dos cuidados paliativos.

Destaca-se ainda a percepção de que os cuidados paliativos estão relacionados à morte e associados a um sentimento de impotência perante o paciente. Tal fato pode estar relacionado ao pouco conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados paliativos, e dos seus benefícios quando bem direcionados, tanto para o paciente quanto para sua família.

Fatores intervenientes à qualidade dos cuidados paliativos

A segunda categoria originou-se de 29% das unidades de significação. Verificou-se os fatores que interferem negativamente para uma assistência de qualidade e humanizada nos cuidados paliativos. Compõe-se de duas subcategorias: fatores relacionados à organização do trabalho e fatores relacionados a relações interpessoais.

Em relação aos fatores referente a organização do trabalho destaca-se:

[...] é como falei antes, eu acho que a equipe está despreparada para cuidados paliativos, e na maioria eles não sabem que vão fazer. (E03)

Aqui a gente tem muitos pacientes em cuidados paliativos e nossa experiência está sendo um pouco

contraditória porque em muitas vezes o paciente está em palição e tem acesso profundo e faz antibiótico [...] (E12)
[...] uma equipe vem e coloca em cuidados paliativos outra acaba fazendo coisas que nos cuidados paliativos não existiria, então acho que aqui não é muito definido o paciente que é paliativo. (E07)

É possível verificar o despreparo da equipe de enfermagem para realizar os cuidados paliativos e a falta de diretrizes institucionais que possam nortear e organizar a implementação dos cuidados paliativos, de modo a facilitar sua execução pela equipe profissional. Esses são os principais fatores relacionados à organização do trabalho que prejudicam a realização dos cuidados paliativos com qualidade.

No que diz respeito aos fatores relacionados a relações interpessoais, tanto na relação entre equipes como as estabelecidas pelos familiares, destaca-se:

Não tem interação entre equipe, somente a preocupação em atender o que está prescrito, mas não vejo essa interação [...] (E09)

[...] eles podiam ver também um psicólogo para o familiar não só com o paciente, ali sofre também a família. (E15)

Não teve interação, as vezes nem fala com os familiares que o paciente está em cuidados paliativos [...]. (E18)

Os participantes descrevem a necessidade de uma relação interpessoal entre os profissionais das equipes multidisciplinares, a fim de proporcionar a multidisciplinaridade do cuidado. Ainda, evidencia-se a dificuldade em se ter uma interação de qualidade com a equipe médica, além da falta de comunicação efetiva para a família, prejudicando a humanização e a boa assistência, necessárias na oferta dos cuidados em pacientes sem perspectiva de cura.

Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das normatizações e legislações referentes aos cuidados paliativos

A presente categoria com 13% de surgimento nas unidades de significação, representa o conhecimento dos participantes sobre os cuidados paliativos em relação as normativas e legislações disponíveis no Brasil. O desconhecimento sobre a legislação vigente que normatiza os cuidados paliativos foi apontado por todos os profissionais entrevistados.

Não conheço, eu nunca mais me envolvi com essas coisas de normativas, eu não posso te falar nada de

norma, não conheço nem a portaria nem o número. (E19)

Não me lembro de alguma norma ou portaria sobre o assunto, pois já fui formado tem muitos anos. (E18)

[...] até na faculdade a gente falava muito pouco, não tinha uma coisa específica ficou muito por alto e nem na enfermagem também a gente nunca ouviu falar. (E07)

Verifica-se uma necessidade da divulgação de normativas e legislações a respeito dos cuidados paliativos associado a uma carência na grade curricular de formação de enfermagem sobre a temática, além do despreparo dos indivíduos para lidar com a finitude.

DISCUSSÃO

No que tange os cuidados paliativos, a enfermagem tem atuação fundamental na promoção do conforto através de cuidados de higiene, controle da dor, entre outros. Assim, como prevenir possíveis complicações que possam causar maior sofrimento, contribuindo para o bem-estar do paciente e de sua família.⁽¹²⁾ Para promoção do bem-estar é necessário que os profissionais de enfermagem desenvolvessem, além do conhecimento sobre a doença, o manejo eficaz da dor e o estabelecimento de processo de comunicação que proporcione uma escuta que acolha as demandas e necessidade do paciente.⁽¹³⁾

No que concerne a importância dos cuidados paliativos, ressalta-se que, segundo a Agência Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) do Brasil, eles são uma forma de cuidados, que tem por objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual,⁽¹⁴⁾ tendo o profissional de enfermagem protagonismo central nesse processo, devido às características de seu trabalho e pela proximidade com o paciente.

No entanto, os trabalhadores de enfermagem apresentam dificuldades em atuar com pacientes em cuidados paliativos, ainda, fortemente mobilizados por sentimento de tristeza, pesar e impotência pelo iminente processo de morte dos pacientes, embora alguns tenham manifestado satisfação pessoal por conseguirem realizar cuidados adequados aos pacientes, mesmo que não seja possível curá-lo.⁽¹⁵⁾

Por não existir cura e o paciente se encaminhar para o fim da vida, cabe ao profissional dar suporte para o paciente e sua família, buscando amenizar este momento, ofertando toda e qualquer assistência.⁽³⁾ Segundo a ANCP, proteger é o significado de paliar, assim sendo, é uma forma de cuidado que tem como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, independente da sua condição clínica ou de

sua viabilidade terapêutica, sendo importante a oferta do cuidado de forma integral e humana.⁽¹⁴⁾

Como descrito pelos participantes há necessidade de capacitação e treinamento da equipe quanto a abordagem das questões relacionadas ao cuidado paliativo na formação profissional, bem como no processo de gestão institucional, através educação permanente em serviço, com a melhora na oferta dos cuidados, abrangendo os pacientes e seus familiares inseridos neste contexto.⁽¹⁵⁾

Ao almejar uma melhor assistência relacionada a pacientes na terminalidade de vida, as ações dos profissionais de enfermagem necessitam ser planejadas, com o intuito maior de ofertar um cuidado de qualidade, favorecendo diretamente os familiares e o próprio paciente, envolvidos nesta situação.⁽¹⁵⁾

No entanto, destaca-se que são incipientes os serviços de Cuidados Paliativos no Brasil, sendo menor ainda o número daqueles que oferecem atenção baseada em critérios científicos e de qualidade. Os serviços requerem a implantação de modelos padronizados de atendimento que garantam a eficácia e a qualidade, durante a o processo de organização e realização do cuidado.⁽¹⁴⁾ O país ainda apresenta essa carência em relação aos cuidados paliativos, daí a necessidade de ofertar um treinamento e capacitação sobre a normatização clínica.

Soma-se a isso, o fato de os Cuidados Paliativos requererem um trabalho em equipe, de caráter interprofissional, com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, dentre outros, até mesmo os membros religiosos de grupos específicos.⁽¹⁶⁾

É preciso, ainda, focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentam doenças graves, que de certa forma ameacem a vida. Esse conceito de cuidado se aplica, de fato, ao paciente e seu entorno, que adoecer e sofre junto, como por exemplo seus familiares, cuidadores e a equipe de saúde.⁽¹⁷⁾

Além disso, é necessário abraçar os familiares e dar suporte aos mesmos, relacionando a uma assistência mais humanizada e de qualidade, favorecendo o alívio da dor e do sofrimento do paciente, atrelado a um bem-estar dos familiares, que necessitam de um apoio emocional e psicológico.⁽¹⁶⁾

A família deve ser cuidada com tanto empenho como o doente, haja vista que o paciente e seus familiares formam a chamada unidade de cuidados, e existe a necessidade da promoção dos cuidados paliativos por uma equipe interdisciplinar, demonstrando como é importante a integração desse grupo, tanto da equipe multidisciplinar quanto da família.⁽¹⁸⁾

Outro ponto a ressaltar é que o ensino teórico e prático dos cuidados paliativos nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde deve ser estimulado. Além disso, as pesquisas que visem o aprimoramento desta formação devem ser incentivadas, pois somente, será possível garantir aos pacientes em final de vida e a seus familiares, um processo de morrer que ocorra com todo o conforto e dignidade lhes é de direito.⁽¹⁹⁾

A abordagem sobre a temática dos cuidados paliativos, em especial para a formação dos profissionais da Enfermagem no Brasil, onde a temática sobre este assunto na graduação é pouco difundida e ofertada, é imprescindível. A ausência dessa temática na formação profissional é impactada, acarretando despreparo e, conseqüentemente, refletindo no seu desempenho e na prestação dos cuidados paliativos, quer seja durante seu período de formação ou no futuro profissional.⁽²⁰⁾

No entanto, cabe salientar a presença de normas e diretrizes que amparam os aspectos profissionais como também direcionamentos que abrangem os cuidados paliativos, tais como: Resolução nº 41 de 2018 (que norteia os cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde no Brasil),⁽²¹⁾ o anexo da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 570/2018 revogada pela Resolução COFEN nº 577/2018 (coloca como especialidade a enfermagem em cuidados paliativos)⁽²²⁾ e o art. 48 do Código de Ética de Enfermagem que coloca no seu parágrafo único: "oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal".⁽²³⁾

Todo esse aparato legal brasileiro, tanto do SUS que direciona as ações profissionais, quanto do órgão fiscalizador máximo do Exercício Profissional da Enfermagem são fundamentais para uma atuação profissional pautada na ética e no respeito à dignidade humana quando o assunto é os cuidados paliativos na terminalidade de vida. Além disso, todo esse embasamento norteador profissional é fundamental no estreitamento do elo entre o paciente e seus familiares, como também da equipe de saúde, na perspectiva de ofertar um cuidado paliativo digno e humanizado.

Por se tratar de investigação local com um número reduzido de participantes, o estudo tem limitações e não permite a generalização de seus resultados. No entanto, acrescenta-se a necessidade de realização de novos estudos, que desvelem as mediações presentes, na qual os trabalhadores apresentaram uma percepção limitada sobre os cuidados paliativos.

O estudo contribuirá com a prática de enfermagem ao desvelar o conhecimento dos profissionais de enfermagem

sobre cuidados paliativos nos setores de clínica médica, fornecendo aos profissionais e organização subsídios à tomada de decisões para o aprimoramento e qualificação das equipes envolvidas com conseqüente possibilidade de melhorar a qualidade do cuidado ofertado.

CONCLUSÃO

Ao investigar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a importância dos cuidados paliativos no setor de clínica médica foi possível identificar que os participantes do estudo apresentaram a percepção de que os cuidados paliativos são importantes para promoção do conforto e bem-estar, corroborando com o preconizado pela política nacional brasileira de cuidados paliativos. No entanto, verificou-se a existência da compreensão de que os cuidados paliativos por estarem relacionados a morte na percepção dos profissionais, possuem menor relevância clínica. Tal condição pode estar relacionada ao baixo conhecimento dos profissionais acerca da importância e efetividade dos cuidados paliativos. No que tange aos fatores intervenientes para a realização do cuidado paliativo de qualidade foram apontados o despreparo da equipe para realizar os cuidados paliativos e a falta de diretrizes institucionais que possam nortear e organizar a sua implementação. Essa condição reforça a necessidade da realização de educação permanente em serviço e do investimento institucional na adoção de protocolos clínicos que sejam capazes de direcionar, com segurança, a implantação dos cuidados paliativos nos setores de clínica investigado, bem como a importância da comunicação e coerência entre a equipe multidisciplinar. Por fim, verificou-se o desconhecimento dos participantes sobre a legislação vigente brasileira que normatiza os cuidados paliativos, o que denota a necessidade de adoção de divulgação e treinamento das equipes em relação as legislações sobre os cuidados paliativos.

Contribuições

Ronaldo de Souza Pereira: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Eugenio Fuentes Pérez Júnior: 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). Rafael Tavares Jomar: 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). Ariane da Silva Pires: b) coleta, análise

e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada).
 Cristiane Helena Gallasch: c) redação e/ou revisão crítica do

manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada).
 Helena Ferraz Gomes: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada).

REFERÊNCIAS

- Santos RS, Lima FM, Hora JC, Leão DB. Indicadores de qualidade aplicados na assistência de enfermagem em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. *Enferm Foco*. 2020;11(2):191-7.
- Vasconcelos EV, Santana ME, Silva SE. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2020;3(3):127-30.
- Chaves AF, Pereira UL, Silva AM, Caldini LN, Lima LC, Vasconcelos HC. Percepções de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre o cuidado a pacientes oncológicos. *Enferm Foco*. 2020;11(2):91-7.
- Oliveira SG, Pacheco ST, Nunes MD, Caldas CP, Cunha AL, Peres PL. Aspectos bioéticos dos cuidados em saúde às pessoas idosas ao fim da vida. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e47321.
- Silva Júnior AR, Magalhães TM, Florêncio RS, Souza LC, Flor AC, Pessoa VL. Conforto nos momentos finais da vida: a percepção da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27:e45135.
- Ferian A, Prado B. *Moc-cuidados paliativos: manual de oncologia clínica do Brasil, cuidados paliativos*. 1a ed. São Paulo: Dendrix; 2017. p. 124.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estatística do Câncer [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2018 [citado 2018 Jun 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
- Barbosa AP, Espírito Santo FH, Hipólito RL, Silveira IA, Silva RC. Vivências do CTI: visão da equipe multiprofissional frente ao paciente em cuidados paliativos. *Enferm Foco*. 2021;11(4):161-6.
- Silva CF, Souza DM, Pedreira LC, Santos MR, Faustino TN. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2597-604.
- Saito DV, Zoboli EL. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. *Rev Bioét*. 2015;23(3):593-607.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
- Franco ME, Salvetti MG, Donato SC, Carvalho RT, Franck EM. Percepção de dignidade de pacientes em cuidados paliativos. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180142.
- Araújo D, Linch GF. Cuidados paliativos oncológicos: tendências da produção científica. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(2):238-45.
- Agência Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). O que são cuidados paliativos [Internet]. Brasília (DF): ANCP; 2019 [citado 2018 Jun 10]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>
- Vasques TC, Lunardi VL, Silva PA, Carvalho KK, Lunardi Filho WD, Barros EJ. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca do cuidado ao paciente em terminalidade no ambiente hospitalar. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e0480014.
- Maciel MG. *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 18-21.
- Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. (Org.) *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); 2012. p.23-30.
- Byock I. Principles of palliative medicine. In: Walsh D. *Palliative Medicine [An Expert Consult Title]*. Philadelphia (USA): Saunders Elsevier; 2009. p.33-41.
- Costa AP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface*. 2016;20(59):1041-52.
- Alves MA. O ensino de cuidados paliativos nas faculdades públicas federais de graduação em enfermagem no Brasil: uma análise da situação atual através dos currículos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN no 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2018 [citado 2018 Jun 10]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN no 581 de 11 de julho de 2018. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós - Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2018 [citado 2018 Jun 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN no 564 de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado 2018 Jun 10]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>

REALIDADE DA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM INTERNAÇÃO CIRÚRGICA: ESTUDO QUANTITATIVO E DESCRITIVO

REALITY OF THE OCCURRENCE OF ADVERSE EVENTS IN SURGICAL INTERNATION: QUANTITATIVE AND DESCRIPTIVE STUDY

REALIDAD DE LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN INTERNACIÓN QUIRÚRGICA: ESTUDIO CUANTITATIVO Y DESCRIPTIVO

Elisa Porciuncula Foschi¹ (<https://orcid.org/0000-0002-6583-6664>)
 Lúcia Nazareth Amante¹ (<https://orcid.org/0000-0002-5440-2094>)
 Camila Vicente¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1918-0681>)
 Bruna Telemberg Sell² (<https://orcid.org/0000-0003-0698-5886>)
 Maria Carolina Espindola¹ (<https://orcid.org/0000-0002-4554-5165>)
 Tuany Andrade de Brito¹ (<https://orcid.org/0000-0003-4133-2944>)
 Isadora Blaschke da Silva¹ (<https://orcid.org/0000-0003-2014-4792>)

Descritores

Enfermagem perioperatória;
 Segurança do paciente; Doença iatrogênica; Erros médicos;
 Infecção da ferida cirúrgica

Descriptors

Perioperative nursing; Patient safety; Iatrogenic disease; Medical errors; Surgical wound infection

Descriptores

Enfermería perioperatoria;
 Seguridad del paciente; Enfermedad iatrogénica; Errores médicos;
 Infección de la herida quirúrgica

Recebido

3 de Abril de 2020

Aceito

24 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

este estudo é um dos resultados do macroprojeto de pesquisa intitulado Ocorrência de eventos adversos e o dimensionamento de pessoal: estudo exploratório.

Autor correspondente

Lúcia Nazareth Amante
 E-mail: luciamante@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Verificar a ocorrência de eventos adversos como infecção do sítio cirúrgico, perda ou infecção do acesso venoso e quedas em pacientes internados em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital de ensino do sul do Brasil.

Métodos: Estudo quantitativo, exploratório-descritivo. Realizado de março a maio de 2019, em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil, com a utilização de dois roteiros estruturados. Foram incluídos e 128 participantes. Análise das variáveis categóricas representadas pela frequência absoluta e relativa e realizadas 701 avaliações.

Resultados: Das 701 (100%) avaliações realizadas nos 128 (100%) participantes, houve eventos adversos em 104 (14,7%). Destes, 98 (14,0%) foram registrados mais de um evento adverso por avaliação. Os eventos adversos foram um (1,0%) queda, um (1,0%) infecção de acesso venoso, 33 (31,7%) infecção de sítio cirúrgico e 69 (66,3%) perda de acesso venoso.

Conclusão: A ocorrência de eventos adversos evidencia a necessidade do gerenciamento de riscos e a melhoria da qualidade da assistência ao paciente no perioperatório.

ABSTRACT

Objective: To verify the occurrence of adverse events such as infection of the surgical site, loss or infection of the venous access and falls in patients admitted to a surgical inpatient unit of a teaching hospital in southern Brazil.

Methods: Quantitative, exploratory-descriptive study. Held from March to May 2019, in a surgical inpatient unit of a university hospital in southern Brazil, using two structured scripts. 128 participants were included. Analysis of categorical variables represented by absolute and relative frequency and 701 evaluations were carried out.

Results: Of 701 (100%) evaluations performed on 128 (100%) participants, there were adverse events in 104 (14.7%), these 98 (14.0%) recorded more than one adverse event per evaluation. Adverse events were one (1.0%) fall, one (1.0%) venous access infection, 33 (31.7%) surgical site infection and 69 (66.3%) loss of venous access.

Conclusion: The occurrence of adverse events highlights the need for risk management and improving the quality of patient care in the perioperative period.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la ocurrencia de eventos adversos como infección del sitio quirúrgico, pérdida o infección del acceso venoso y caídas en pacientes ingresados en una unidad de hospitalización quirúrgica de un hospital universitario en el sur de Brasil.

Métodos: Estudio cuantitativo, exploratorio-descriptivo. Se lleva a cabo de marzo a mayo de 2019, en una unidad de hospitalización quirúrgica de un hospital universitario en el sur de Brasil, utilizando dos guiones estructurados. Se incluyeron 128 participantes. Se realizaron análisis de variables categóricas representadas por frecuencia absoluta y relativa y 701 evaluaciones.

Resultados: De las 701 (100%) evaluaciones realizadas en 128 (100%) participantes, hubo eventos adversos en 104 (14,7%). De estos, 98 (14,0%) registraron más de un evento adverso por evaluación. Los eventos adversos fueron uno (1,0%) caída, uno (1,0%) infección de acceso venoso, 33 (31,7%) infección del sitio quirúrgico y 69 (66,3%) pérdida de acceso venoso.

Conclusión: La aparición de eventos adversos destaca la necesidad de gestionar el riesgo y mejorar la calidad de la atención al paciente en el periodo perioperatorio.

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

²Secretaria de Saúde de São José, São José, SC, Brasil.

Como citar:

Foschi EP, Amante LN, Vicente C, Sell BT, Espindola MC, Brito TA, et al. Realidade da ocorrência de eventos adversos em internação cirúrgica: estudo quantitativo e descritivo. *Enferm Foco*. 2021;12(3):436-41.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3407

INTRODUÇÃO

Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS), com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, divulgou mundialmente os conceitos de segurança do paciente, incidente e eventos adversos (EA).⁽¹⁾ A segurança do paciente surgiu com o objetivo de evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes dos cuidados de saúde, com o conceito de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário.⁽²⁾

Em 2013, com a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o Brasil também definiu esses conceitos em contexto nacional. O incidente consiste na ocorrência de qualquer evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente, já os EA são qualquer incidente que resulte em dano ao paciente. Ambos apresentam como ponto chave o dano gerado durante a prestação de cuidados de saúde que podem comprometer a estrutura ou função do corpo, assim como, qualquer efeito dele oriundo.⁽²⁾

As intervenções cirúrgicas têm como meta manter e recuperar a saúde, no entanto, existem falhas nessa assistência que podem causar os EA. Ao avaliar a percepção de 171 membros do Colégio Brasileiro de Cirurgiões sobre segurança e qualidade em cirurgia, identificou que a maior parte dos cirurgiões já vivenciaram falhas cirúrgicas graves, sendo as mais comuns àquelas relacionadas ao material cirúrgico e a presença de corpos estranhos.⁽³⁾

Neste sentido, estudo transversal em 192 prontuários de pacientes adultos encontrou a prevalência de 21,8% de EA cirúrgicos incluindo principalmente as falhas técnicas cirúrgicas e a infecção associada à atenção à saúde como infecção de sítio cirúrgico, deiscência de sutura, hematoma e seroma.⁽⁴⁾

Estudos também evidenciaram a ocorrência de EA em unidades de internação cirúrgica.^(5,6) Em um hospital universitário no sul do Brasil, destacou-se a ocorrência da perda de acesso venoso, infecção de sítio cirúrgico e infecção de acesso venoso.⁽⁵⁾ Já um estudo com base nos dados do Gerenciamento de Risco de um complexo hospitalar no noroeste paulista, identificou os EA relacionados a medicamentos, lesões de pele, flebite, artigo médico-hospitalar, queda, hemoterápicos/processo transfusional e eventos relacionados à cirurgia.⁽⁶⁾

Verifica-se que no Brasil, as causas mais frequentes de EA são por queda, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções, uso inadequado de dispositivos e equipamentos médicos.⁽⁷⁾

Há que se destacar que os EA permanecem insuficientemente investigados, em especial os relacionados à

assistência cirúrgica,^(4,8) indicando necessidade de transformações na prática de enfermagem para melhorar a segurança dos pacientes,^(9,10) bem como a realização de pesquisas que identifiquem os indicadores da ocorrência de EA para cada situação de saúde, a fim de conseguir direcionar medidas que abrangem a realidade de cada local, configurando-se uma ferramenta gerencial que permite reconhecer, implementar e avaliar ações de melhoria, além de organizar e sistematizar os elementos que compõem a estrutura e o processo de trabalho em saúde.⁽⁴⁾

Em virtude do contexto descrito anteriormente, tem-se como pergunta de pesquisa: qual é a ocorrência de eventos adversos como infecção do sítio cirúrgico, perda ou infecção do acesso venoso e quedas em pacientes internados em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital de ensino do sul do Brasil? O objetivo é verificar a ocorrência de eventos adversos como infecção do sítio cirúrgico, perda ou infecção do acesso venoso e quedas em pacientes internados em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital de ensino do sul do Brasil.

MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa.

Pesquisa realizada em uma unidade de internação cirúrgica (UIC) de um hospital universitário do sul do Brasil. Este consiste em um hospital público de alta complexidade que atende pacientes de todo o estado. A UIC possui 30 leitos, mistos, distribuídos em 12 quartos, atendendo especialidades da clínica cirúrgica e médica.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando o programa WINPEPI, versão 11.65, obtendo uma amostra de 128 participantes. Foram critérios de inclusão estar internado na UIC no período da coleta de dados, com critério de exclusão ter menos de 18 anos.

A coleta de dados ocorreu de março a maio de 2019, por meio da aplicação de dois roteiros estruturados de pesquisa. Esses roteiros foram preenchidos por aplicação direta aos participantes e por coleta de informações nos prontuários e livro de registro de ocorrências.

Os roteiros de pesquisa eram formados por questões fechadas, elaborados pelos próprios autores. Os mesmos passaram por um pré-teste de 15 dias em outra UIC do mesmo hospital, cujos dados não foram considerados para esta análise. Os ajustes identificados como necessários foram realizados para que o instrumento pudesse ser utilizado nesta pesquisa.

O primeiro instrumento, Roteiro para Caracterização dos Pacientes, continha informações sobre: iniciais do nome, número do registro hospitalar, número do quarto de internação, número do leito de internação, data da internação, tempo de

internação, idade, sexo, ocupação, procedência, naturalidade, estado civil, grau de escolaridade, motivo da internação.

O segundo, Roteiro para Identificação da Ocorrência dos Eventos Adversos, foi coletado diariamente, sendo que cada dia de coleta significou uma avaliação do paciente, ou seja, cada avaliação representou uma unidade de análise. Neste foi abordado a: situação operatória, ocorrência de infecção prévia, ocorrência de quedas, ocorrência de infecção do sítio cirúrgico, ocorrência de perda de acesso venoso ou infecção do acesso venoso.

A análise de dados recebeu suporte de um estatístico e os dados foram organizados no aplicativo eletrônico *Microsoft Excel® 2010* e posteriormente transferidos para o banco de dados eletrônico do aplicativo *Statistical Package for the Social Science® (SPSS)*, versão 25.

As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa com seus intervalos de confiança de 95% [IC 95%]. A variável idade foi representada por média [IC 95%] e desvio-padrão, e o tempo de internação foi representado pela mediana [IC 95%] e intervalo interquartilico [p25; p75] de acordo com a distribuição verificada pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Instituição de Ensino com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 99228918.6.0000.0121 e parecer n. 2.963.637.

RESULTADOS

Participaram 128 pacientes, cuja aplicação durante 38 dias gerou 701 roteiros de avaliações diárias para verificação de EA. A maioria 73 (57,0%) dos participantes era do sexo masculino; casados 90 (70,3%); aposentados 47 (36,7%); com idade entre 54,2 e 59,3 anos (média de 56,7 anos e desvio padrão de 14,5 anos); que permaneceu acompanhada a maior parte do tempo de internação 60,2 (77%). As doenças prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica 61(47,7%) e diabetes mellitus 38(29,7%); e motivo para internação era cirúrgico 111(86,7%). As características descritivas dos 128 participantes estão identificadas na tabela 1.

Das 701 (100%) avaliações realizadas nos 128 (100%) participantes, em 104 (14,7%) houve registro de ocorrência de EA, que podem ser identificados na tabela 2, correspondendo a 40 (31,3%) participantes.

Observa-se que das 104 (14,7%) avaliações com registro de ocorrência de EA, 98 (14,0%) foi registrado mais de um EA por avaliação, dos quais seis (6,1%) mostraram a associação de dois EA no mesmo paciente, e 92 (93,9%) registraram a ocorrência de um EA por avaliação; conforme explicitado na tabela 3.

Tabela 1. Análise descritiva dos pacientes da amostra

Variáveis	Total (n=128)	
	Média [IC 95%]	Desvio-padrão
Idade	56,7 [54,2; 59,3]	14,5
	n	% [IC 95%]
Sexo		
Masculino	73	57 [48,4; 65,4]
Feminino	55	43 [34,6; 51,6]
Ocupação		
Dona de casa	12	9,4 [5,2; 15,3]
Autônomo	19	14,8 [9,5; 21,8]
Carteira assinada	44	34,4 [26,6; 42,9]
Aposentado/Pensionista	47	36,7 [28,7; 45,3]
Desempregado	3	2,3 [0,7; 6,1]
Estado civil		
Estudante	3	2,3 [0,7; 6,1]
Solteiro	38	29,7 [22,3; 38]
Casado	90	70,3 [62; 77,7]
Escolaridade		
Não alfabetizado / Ensino fundamental incompleto	52	40,6 [32,4; 49,3]
Ensino fundamental completo / Ensino médio incompleto	38	29,7 [22,3; 38]
Ensino médio completo / Ensino superior	38	29,7 [22,3; 38]
Doença de base		
Sim	88	68,8 [60,4; 76,3]
Não	40	31,3 [23,7; 39,6]
Hipertensão arterial sistêmica		
Sim	61	47,7 [39,1; 56,3]
Não	67	52,3 [43,7; 60,9]
Diabete <i>mellitus</i>		
Sim	38	29,7 [22,3; 38]
Não	90	70,3 [62; 77,7]
Obesidade		
Sim	9	7 [3,5; 12,4]
Não	119	93 [87,6; 96,5]
Doença pulmonar obstrutiva crônica		
Sim	4	3,1 [1,1; 7,3]
Não	124	96,9 [92,7; 98,9]
Insuficiência cardíaca congestiva		
Sim	7	5,5 [2,5; 10,4]
Não	121	94,5 [89,6; 97,5]
Doença de Parkinson		
Sim	1	0,8 [0,1; 3,6]
Não	127	99,2 [96,4; 99,9]
Motivo da internação		
Procedimento cirúrgico	111	86,7 [80; 91,8]
Investigação do quadro	7	5,5 [2,5; 10,4]
Tratamento clínico	10	7,8 [4,1; 13,4]
Presença de acompanhante		
<75% do tempo	51	39,8 [31,7; 48,5]
>=75% do tempo	77	60,2 [51,5; 68,3]
	Mediana [IC95%]	[q1; q3]
Tempo de Internação	2,0 [2,0 - 4,0]	[1,0 - 4,0]

Tabela 2. Distribuição dos eventos adversos nos 40 pacientes

	Ocorrência do evento adverso n(%)	Avaliações n(%)
Quedas	1(1,0)	1(1,0)
Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC)	33(31,7)	28(28,6)
Perda de Acesso Venoso (PAV)	69(66,3)	63(64,3)
Infecção do Acesso Venoso (IAV)	1(1,0)	0(0,0)
ISC+PAV		5(5,1)
PAV+IAV		1(1,0)
Total	104	98

Tabela 3. Descrição da quantidade de eventos adversos *versus* quantidade de participantes

Quantidade de evento adverso	número de pacientes n(%)
1	17(42,5)
2	6(15,0)
3	5(12,5)
4	6(15,0)
5	3(7,5)
6	2(5,0)
9	1(2,5)

DISCUSSÃO

Apesar da prevalência do sexo masculino, 43% dos participantes eram do sexo feminino, fato também encontrado em outra realidade,⁽⁴⁾ contudo, outros estudos mostram a predominância do sexo feminino.^(5,11,12) Observa-se que se trata de adultos com idade entre 54,2 e 59,3 anos, aproximando da terceira idade. Esse fato justifica a maior quantidade de aposentados, casados e com ensino fundamental incompleto. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como comorbidades prévias pode estar associada à idade, hábitos de vida e escolaridade, estes aspectos não foram enfocados neste estudo, porém, são dados apontados por outros estudos.^(4,5,11,12)

O tempo de internação variou de um a quatro dias, com média de dois dias. A ocorrência de EA está relacionada com o tempo de internação e a gravidade dos pacientes, tendo em vista o tempo de exposição do paciente ao ambiente hospitalar.⁽¹³⁾ Neste sentido, com o objetivo de estimar o efeito do tempo e das características individuais na ocorrência de EA em pacientes com afecções cardiológicas, estudo concluiu que a probabilidade de sobreviver livre de EA medicamentosos até 30, 60 e 100 dias foi respectivamente de 96%, 93% e 73%.⁽¹⁴⁾ Por outro lado, após a ocorrência do EA, o tempo de internação pode ser prolongado, com risco para mortalidade e aumento do custo hospitalar.⁽¹⁵⁾ Embora não tenha sido objeto de estudo, infere-se que a ocorrência de quedas, infecção do sítio cirúrgico, perda ou infecção do acesso venoso, seria maior caso o tempo de internação também fosse maior.

Das 104 (14,71%) avaliações que resultaram na identificação de um EA observa-se que a perda de acesso venoso isoladamente correspondeu ao maior registro, seguida pela infecção do sítio cirúrgico. Estudo realizado em 2015, nesta mesma UIC, dos 20 (100%) EA: nove (45%) eram de perda de acesso venoso, sete (35%) de infecção de sítio cirúrgico, quatro (20%) de infecção de acesso venoso e nenhuma de quedas.⁽⁵⁾ Já no estudo atual, percebe-se a ocorrência de 69 (66,3%), 33 (31,7%), um (1,0%) e um (1,0%),

respectivamente, apresentando um aumento significativo nos dados verificados.

Estes resultados aproximam-se de outro estudo realizado em unidade de internação cardiológica que apontou a ocorrência de EA relacionados à punção venosa, quedas e infecção de sítio cirúrgico; sendo a maior ocorrência relacionada à punção venosa incluindo flebite, soroma e/ou hematomas.⁽¹¹⁾ Estudo realizado com pacientes cirúrgicos no período perioperatório, mostrou resultado semelhante ao destacar a ocorrência de 18 infecções de sítio cirúrgico (30%) e duas quedas (3,3%), contudo, não investigaram a relação da perda ou infecção de acesso venoso.⁽⁴⁾

Como causa para as complicações em cateter venoso periférico podem ser apontadas a idade e o tempo de permanência no mesmo sítio de punção, pois a idade avançada implica em fragilidade venosa e presença de comorbidades.⁽¹⁶⁾ Já a infecção de sítio cirúrgico depende de fatores intrínsecos e extrínsecos que na sua maioria estão relacionados as condutas e cuidados dos próprios profissionais da saúde.⁽¹⁷⁾ Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a infecção de sítio cirúrgico ocupa a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde, compreendendo 14% a 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados,⁽¹⁸⁾ mostrando o alto índice encontrado nos dados do estudo atual com 33 (31,7%) dos participantes.

É importante reforçar que o risco de queda em todos os pacientes internados existe, porém, é maior em idosos com déficit visual.⁽¹⁹⁾ Alguns estudos tiveram prevalência de 2,7% e 2,4% dos pacientes cirúrgicos atendidos em UIC do Brasil e Suécia, respectivamente,^(12,20) mostrando valores altos em comparação com o estudo atual.

A ocorrência do baixo índice de queda registrada por este estudo pode estar relacionada ao fato de que 77 (60,2%) participantes permaneceram acompanhados durante a maior parte do tempo, já que esses são parte integrante e importante da internação hospitalar.⁽²¹⁾ A presença dos acompanhantes, aos serem orientados pela equipe de saúde, são considerados barreiras que auxiliam na prevenção de EA e diminuem os erros na assistência, pois aos se preocuparem e participarem dos cuidados prestados, observam as ações dos profissionais e acabam desenvolvendo um papel fiscalizador contribuindo para a formação de uma cultura de segurança.^(21,22)

A ocorrência de mais de um EA no mesmo paciente sinaliza a necessidade de observação dos aspectos clínicos e práticos que precisam ser controlados por meio da gestão de risco. Com relação aos aspectos clínicos, evidencia-se que o principal perfil dos participantes se encontram na idade adulta, próxima da terceira idade, possuem doenças que causam prejuízos no sistema circulatório e sua condição cirúrgica

implica em permanência de fluidoterapia no período operatório para infusão de medicamentos intravenosos, assim como, outros dispositivos invasivos como sondas e drenos. O manejo inadequado desses dispositivos expõe os pacientes a EA, podendo estar relacionado ao quantitativo inadequado de profissionais de saúde gerando sobrecarga de trabalho, deficiência na qualificação, treinamentos ineficazes, assim como, baixa orientação aos pacientes e acompanhantes.

A ocorrência dos EA indica que estruturas e processos podem causar ou aumentar o risco de danos aos pacientes e que a assistência necessita de melhoria.⁽²³⁾ Cerca de 60% desses EA podem ser preveníveis,⁽¹⁾ e a ocorrência desses EA na UIC mostra as falhas na assistência e comprometendo a qualidade do cuidado prestado.^(5,9,11) Nessa perspectiva, é necessário continuamente prevenir, detectar, atenuar ou amenizar riscos e promover melhorias.⁽²⁴⁾ Com a gestão de risco, o processo assistencial se torna sistêmico e sistemático, proporcionando precocemente a identificação de situações que possam gerar agravos aos pacientes.

Neste sentido, a divulgação dos resultados dessas pesquisas em conjunto a avaliação das causas deve incentivar os enfermeiros a desenvolver um conjunto de intervenções e estratégias para realização de práticas assistenciais e gerenciais mais seguras, capazes de prevenir e diminuir o risco do dano ao paciente decorrente do cuidado em saúde.^(5,9,11)

As notificações desses EA pelos profissionais da saúde são de extrema importância pois facilitam o planejamento das ações por meio da promoção de uma cultura de segurança estabelecida entre os profissionais para avaliar as condições e os processos de trabalho, por meio da educação permanente e estabelecimento de rotinas.^(5,11,25) Contudo, algumas realidades mostram que apesar de terem conhecimento sobre a ocorrência do EA e a importância da sua notificação, 80,2% dos profissionais ainda não realizam a notificação por temerem represálias.⁽²⁶⁾

Os profissionais da enfermagem são os responsáveis pela continuidade da assistência dos pacientes em todos os períodos do tratamento cirúrgico. A enfermagem, por estar em contato com o paciente em todos esses momentos, está mais suscetível a cometer falhas durante a prestação de cuidados e com isso, estão frequentemente relacionados a ocorrências dos EA.⁽²⁷⁾ Mas vale ressaltar que alguns estudos já trazem a importância de toda equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente, identificando os riscos iminentes também indicados por esses profissionais como medicina e fisioterapia, e não somente da enfermagem.⁽²⁸⁾

Isso mostra que a qualidade do cuidado só pode ser obtida por meio de rede, por depender do conjunto de trabalho de diversos profissionais e setores. Essa rede deve ser

formada por profissionais capacitados, capazes de dialogar e construir vias de ação diálogo e a construção de vias para a ação multiprofissional.^(28,29) Já que a segurança do paciente está intimamente ligada com a melhoria na qualidade da assistência e da prestação dos cuidados, visando promover uma assistência de saúde mais segura e com maior qualidade, tendo assim, esses profissionais, uma posição privilegiada na prestação de cuidados de saúde seguros.⁽³⁰⁾

O estudo limita-se por ter sido realizado em apenas uma UIC de uma única instituição de saúde, sendo analisado apenas quatro dos EA que podem estar relacionados ao paciente em condição cirúrgica de saúde, sendo levado em consideração apenas os períodos pré e pós-operatórios, não analisando as informações referentes ao período transoperatório.

A ocorrência de EA está diretamente ligada com a qualidade da assistência dos profissionais de saúde, incluindo a enfermagem que permanece maior período no cuidado com o paciente. A identificação desses EA, desta forma, são de extrema importância para a avaliação do serviço prestado e a busca por melhorias da qualidade de serviço e da segurança do paciente, por meio da análise das causas desses acontecimentos que na maioria das vezes são multifatoriais.

CONCLUSÃO

O estudo alcançou seu objetivo, identificando a ocorrência dos EA em uma UIC. Os altos índices de registro da ocorrência de EA comparado a estudos já existentes, evidenciou a necessidade do gerenciamento dos riscos e a melhoria na qualidade da assistência inerente ao paciente no período perioperatório. Destaca-se o papel fundamental da enfermagem no que se refere a segurança do paciente, revelando o compromisso dos profissionais de enfermagem para a prevenção dos EA, assim como, a importância da colaboração dos profissionais da equipe multiprofissional.

Contribuições

Elisa Porciuncula Foschi: Coleta, análise e interpretação dos dados. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final a ser publicada. Lúcia Nazareth Amante: Concepção e/ou desenho do estudo. Coleta, análise e interpretação dos dados. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final a ser publicada; Camila Vicente: Coleta, análise e interpretação dos dados. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final a ser publicada. Bruna Telemberg Sell: Concepção e/ou desenho do estudo. Coleta, análise e interpretação dos dados. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final a ser publicada;

Maria Carolina Espindola: Coleta, análise e interpretação dos dados. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final a ser publicada. Tuany Andrade de Brito Coleta, análise e interpretação dos dados. Redação

e/ou revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final a ser publicada. Isadora Blaschke da Silva Coleta, análise e interpretação dos dados. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): OMS; 2009 [citado 2020 Mar 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2020 mar 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
3. Correia MI, Tomasich FD, Castro Filho HF, Portari Filho PE, Colleoni Neto R. Safety and quality in surgery: surgeons' perception in Brazil. [Internet]. Rev Col Bras Cir. 2019;46(4):e2146.
4. Batista J, Cruz ED, Alpendre FT, Rocha DJ, Brandão MB, Maziero EC. Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. Rev Lat-Am Enfermagem. 2019;27:e2939.
5. Sell BT, Amante LN, Martins T, Sell CT, Pinho FM, Silva R. Adverse Events in a Hospital Surgical Unit: A Descriptive Study. Rev SOBECC. 2016;21(3):146-53.
6. Furini AC, Nunes AA, Dallora ME. Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180317.
7. Sousa P (org). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019. p. 268.
8. Sousa-Pinto B, Marques B, Lopes F, Freitas A. Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015. J Med Syst. 2018;42(3):48.
9. Siman AG, Brito MJ. Changes in nursing practice to improve patient safety. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e68271.
10. Romano AC, Oliveira AA. Segurança do paciente cirúrgico e direitos humanos dos pacientes. Cad Ibero-Amer Dir Sanit. 2017;6(3):232-51.
11. Lanzoni GM, Goularte AF, Koerich C, Reisdorfer E, Miotello M, Meirelles BH. Eventos Adversos e Incidentes Sem Dano em Unidades de Internação de um Hospital Especializado em Cardiologia. Rev Min Enferm. 2019;23:e-1184.
12. Paranaguá TT, Bezerra AL, Silva AE, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. Acta Paul Enferm. 2013;26(3):256-62.
13. Serafim CT, Dell'Acqua MC, Novelli e Castro MC, Spiri WC, Nunes HR. Severity and workload related to adverse events in the ICU. Rev Bras Enferm. 2017;70(5):942-8.
14. Roque KE, Melo EC. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. Esc Anna Nery 2011;15(3):595-601.
15. Mendes W, Martins M, Rozenfeld D, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009;21(4):279-84.
16. Danski MT, Johann DA, Vayego SA, Oliveira GR, Lind J. Complications related to the use of peripheral venous catheters: a randomized clinical trial. Acta Paul Enferm. 2016;29(1):84-92.
17. Alfonso-Sanchez JL, Martinez IM, Martín-Moreno JM, González RS, Botía F. Analysing the risk factors influencing surgical site infections: the site of environmental factors. Can J Surg. 2017;60(3):155-61.
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Sítio cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2009 [citado 2020 mar 24]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/criterios_nacionais_isc.pdf
19. Bittencourt VL, Graube SL, Stumm EM, Battisti ID, Loro M, Winkelmann ER. Factors associated with the risk of falls in hospitalized adult patients. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03237.
20. Nilsson L, Risberg MB, Montgomery A, Sjødahl R, Schildmeijer K, Rutberg H. Preventable adverse events in surgical care in Sweden: a nationwide review of patient notes. Medicine. 2016;95(11):e3047.
21. Passos SS, Henckemaier L, Costa JC, Pereira A, Nitschke RG. Daily care of families in hospital: what about patient safety?. Texto Contexto Enferm. 2016;25(4):e2980015.
22. Peres MA, Wegner W, Cantarelli-Kantorski KJ, Gerhardt LM, Magalhães AM. Perception of family members and caregivers regarding patient safety in pediatric inpatient units. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0195.
23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual Brasileiro de Acreditação. Glossário e termos técnicos [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2006 [citado 2020 Mar 28]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/acreditacao/manual/glossario.pdf>
24. World Health Organization (WHO). Conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report [Internet]. Genève: WHO; 2009 [cited 2020 mar 28]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
25. Santos MM, Pereira AS, Fraga IM, Correia SA, Góis RM. A notificação de eventos adversos pela equipe de enfermagem: uma abordagem bibliográfica. Cad Grad Ciênc Biol Saúde. 2017;1(1):1-3.
26. Bohomol E, Oliveira CB. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação: estudo survey descritivo. Enferm Foco. 2018;9(1):44-8.
27. Duarte SC, Stipp MA, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. Rev Bras Enferm. 2015;68(1):144-54.
28. Araújo MA, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Souza JC, Barlem EL, Teixeira NS. Segurança do Paciente na Visão de Enfermeiros: uma questão multiprofissional. Enferm Foco. 2017;8(1):52-6.
29. Backes DS, Büscher A. Qualidade do Cuidado na Perspectiva da Rede Alemã de Enfermagem. Enferm. Foco. 2015;6(1/4):77-81.
30. Castilho AF, Parreira PM, Martins MM. Cuidado de Enfermagem e Eventos Adversos em Doentes Internados: análise dos fatores intervenientes. RIASE. 2016;2(2):605-23.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO: ESTUDO LONGITUDINAL

NURSING DIAGNOSES IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION: FOLLOW UP STUDY

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EM PACIENTES COM INFARTO DE MIOCARDIO: ESTUDIO LONGITUDINAL

Bianca Cristina de Almeida Santos¹

Daniel Braga de Oliveira¹

Maria Beatriz Guimarães Raponi¹

Omar Pereira de Almeida Neto¹

Patrícia Magnabosco¹

Valéria Nasser Figueiredo¹

(<https://orcid.org/0000-0001-6691-4145>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2547-1581>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4487-9232>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7933-9925>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5511-270X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5793-112X>)

Descritores

Diagnóstico de enfermagem;
Infarto do miocárdio; Débito
cardíaco

Descriptors

Nursing diagnosis; Myocardial
infarction; Cardiac output

Descriptores

Diagnóstico de enfermagem; Infarto
del miocardio; Gasto cardíaco

Recebido

8 de Abril de 2020

Aceito

26 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Valeria Nasser Figueiredo

E-mail: valeria.n.figueiredo@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar o diagnóstico de enfermagem prioritário no paciente pós-infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST.

Métodos: Estudo observacional, longitudinal, prospectivo, realizado com 54 pacientes de ambos os sexos, admitidos na fase aguda do infarto durante os primeiros cinco dias pós-infarto (D1 a D5), em um hospital de ensino. Amostragem foi não probabilística. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento estruturado a partir do modelo teórico conceitual das Necessidades Humanas Básicas. Empregaram-se análises descritivas e bivariadas.

Resultados: O diagnóstico de enfermagem de maior incidência no D1 pós-infarto foi Débito cardíaco diminuído, seguido por padrão respiratório ineficaz e dor aguda. O diagnóstico de enfermagem Débito Cardíaco Diminuído foi associado aos indivíduos não brancos ($p < 0,05$).

Conclusão: Observou-se a prevalência do diagnóstico de enfermagem prioritário de débito cardíaco diminuído nos cinco primeiros dias pós-infarto.

ABSTRACT

Objective: Identify the priority nursing diagnosis in the post-myocardial infarction patient with ST segment elevation.

Methods: Observational, longitudinal, prospective study conducted with 54 patients of both sexes, admitted in the acute phase of infarction during the first five days post-infarction (D1 to D5), in a teaching hospital. Sampling was non-probabilistic. To collect data, we used a structured instrument from the conceptual theoretical model of Human Basic Needs. We used descriptive and bivariate analysis.

Results: The nursing diagnosis with the highest incidence in post-infarction D1 was a decrease in cardiac output, followed by an ineffective breathing pattern and acute pain. The nursing diagnosis Decreased Cardiac Output was associated with non-white individuals ($p < 0,05$).

Conclusion: The prevalence of the priority nursing diagnosis of decreased cardiac output was observed in the first five days after infarction.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el diagnóstico de enfermería prioritario en el paciente con infarto de miocardio con elevación del segmento ST.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, realizado con 54 pacientes de ambos sexos, ingresados en la fase aguda del infarto durante los primeros cinco días posteriores al infarto (D1 a D5), en un hospital universitario. El muestreo no fue probabilístico. Para la recolección de datos, se utilizó un instrumento estructurado a partir del modelo teórico conceptual de las necesidades humanas básicas. Se utilizaron análisis descriptivos y bivariados.

Resultados: El diagnóstico de enfermería con la mayor incidencia en el post-infarto D1 fue disminución del gasto cardíaco, seguido de un patrón de respiración ineficaz y dolor agudo. El diagnóstico de enfermería Disminución del gasto cardíaco se asoció con individuos no blancos ($p < 0,05$).

Conclusión: La prevalencia del diagnóstico de enfermería prioritario de disminución del gasto cardíaco se observó en los primeros cinco días después del infarto.

¹Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Como citar:

Santos BC, Oliveira DB, Raponi MB, Almeida Neto OP, Magnabosco P, Figueiredo VN. Diagnóstico de enfermagem em pacientes com infarto do miocárdio: estudo longitudinal. *Enferm Foco*. 2021;12(3):442-7.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3428

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços tecnológicos em saúde, as doenças cardiovasculares (DCVs) são reconhecidas como as principais causas de morte no mundo. Dentre as DCVs encontram-se as doenças isquêmicas do coração (DIC), que possuem altos índices de morbimortalidade.⁽¹⁾ Entre as DICs, encontra-se o infarto do miocárdio (IM), caracterizado pela perda de função das células cardíacas em decorrência de um longo período de isquemia do músculo cardíaco que pode ser causada pela ruptura de uma placa aterosclerótica que pode levar a uma trombose nas artérias coronárias.⁽²⁾

O diagnóstico do IM pode ser feito por meio da avaliação de sinais e sintomas apresentados, como: arritmias, dispneia, sudorese, hipotensão arterial, agitação, ansiedade, vômito, edema de membros inferiores e, principalmente, dor torácica, que se apresenta de forma súbita, constante e constritiva, podendo ainda irradiar para outros locais do corpo, com duração maior que trinta minutos.⁽³⁾ O cateterismo cardíaco é rotineiramente utilizado como método diagnóstico, uma vez que proporciona informações sobre a anatomia coronariana, auxiliando no prognóstico e delimitamento do melhor método de tratamento, assim como o ecocardiograma, que avalia função global cardíaca, fração de ejeção ventricular e dimensão das câmaras cardíacas, auxiliando no plano de cuidados e condutas com paciente infartado.⁽⁴⁾

As altas taxas de mortalidade pós IM podem ser atribuídas a diversos fatores, tais como o aumento da atividade inflamatória sistêmica, hiperglicemia, aumento da trombo gênese, aumento do tônus simpático, disfunção endotelial, idade avançada e hipertensão.^(5,6)

Neste sentido, a assistência de enfermagem ao paciente pós IM é fundamental para redução de mortalidade e complicações, concentrando-se na agilidade ao assistir o paciente pós IM, com perspicácia clínica e habilidades específicas.^(7,8) A assistência de enfermagem deve ser realizada através de método científico de cuidado clínico, o qual deve ser realizado através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Tal processo baseia-se nas necessidades humanas básicas (NHB) e, especificamente, em condições como IM, as principais NHB a serem avaliadas estão relacionadas à circulação, respiração, nutrição, hidratação, eliminações, repouso e interação social pós IM.⁽⁹⁾ Dentre as etapas da SAE, encontram-se os Diagnósticos de Enfermagem (DE), que são julgamentos clínicos do enfermeiro após avaliação semiológica do cliente, que tem como objetivo conduzir o enfermeiro no processo de tomada de decisões para estabelecimento do plano de cuidados de enfermagem.

Neste contexto, é possível notar a grande importância de se realizar estudos relacionados aos DE's e os impactos que os mesmos, quando realizado de forma coerente e com precisão, remetem a qualidade da assistência de enfermagem e a segurança do paciente. Identificar o DE prioritário do paciente no pós-IM com supradesnivelamento do segmento ST (IMCSST), apresenta grande relevância científica, uma vez que existe uma necessidade de intervenção de enfermagem focada especificamente em pacientes com esta condição clínica.

Assim, o objetivo deste estudo é identificar o DE prioritário do paciente no pós-IMCSST.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de delineamento observacional, longitudinal, prospectivo e de abordagem quantitativa desenvolvido nas unidades de Pronto Socorro, Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva Coronariana e Unidade de Dor Torácica de um hospital de ensino de grande porte no interior do estado de Minas Gerais-Brasil.

Foram incluídos indivíduos que atenderam aos seguintes critérios: idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de infarto do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST (IMCSST), confirmado por sintomas de isquemia com duração superior a 30 minutos há menos de 24 horas, supradesnivelamento do segmento ST de pelo menos 1 mm (plano frontal) ou 2 mm (plano horizontal) em duas derivações contíguas e elevação seguida de declínio dos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica com o pico acima do percentil 99. Excluíram-se indivíduos com déficit cognitivo e classificação de Killip III e IV, uma vez que são perfis clínicos críticos que impossibilitam a participação no estudo. A amostragem foi do tipo não probabilística e a seleção dos pacientes se deu conforme o fluxo de entrada de pacientes com diagnóstico de IMCSST nos setores supracitados.

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2017 e março de 2018, em cinco momentos consecutivos, sendo a partir do primeiro dia (D1) até o quinto dia (D5) pós-IMCSST, com uma duração média de 40 minutos/dia. Para a coleta de dados, foram realizados anamnese e exame clínico dos pacientes em seus leitos, bem como aplicação de um instrumento elaborado pelos próprios pesquisadores, estruturado a partir do modelo teórico conceitual das NHBs de Wanda Aguiar Horta.⁽¹⁰⁾ O instrumento foi composto por variáveis sociodemográficas (sexo, cor da pele, idade, índice de massa corpórea-IMC, escolaridade, profissão e/ou ocupação) coletadas no D1 pós-IMCSST, e variáveis clínicas (histórico de saúde, queixa atual, diagnósticos médicos,

medicamentos em uso, hábitos e estilo de vida, classificação da gravidade da insuficiência cardíaca, classificação da intensidade da dor, peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial, frequência cardíaca e exames laboratoriais) bem como dados subjetivos relacionados às NHBs coletados no D1 ao D5 pós-IMCSST. Posteriormente após a realização do exame físico, a interpretação e agrupamento dos dados, foram levantados diferentes DE's de acordo com a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association Internacional (NANDA), versão 2015-2017, atentando para DE's prioritários de acordo com a condição clínica de cada participante.

Para a classificação da gravidade da insuficiência cardíaca no IMCSST, utilizou-se a classificação proposta por Thomas Killip e John T. Kimball, no qual considerou Killip I: sem sinais de descompensação cardíaca e Killip II: com estertores crepitantes pulmonares, terceira bulha e pressão venosa jugular elevada.⁽¹¹⁾ A intensidade da dor foi mensurada de acordo com a escala visual numérica de dor, sendo posteriormente categorizada em sem dor, dor leve, dor moderada e dor intensa. Para a verificação da pressão arterial foram utilizados aparelhos portáteis, automáticos (Onrom modelo 7113), seguindo criteriosamente os procedimentos recomendados para a medição da PA de acordo com as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.⁽¹²⁾ A unidade de medida da circunferência abdominal foi em centímetros, o peso em quilogramas, altura em metro em escala padronizada e balança digital com precisão de 0,5 kg. A fórmula usada para o cálculo do IMC foi o peso em kg dividido pela altura em metros ao quadrado. Foram considerados indivíduos hipertensos o auto relato de uso contínuo/controlado de anti-hipertensivos.

Os dados coletados foram submetidos à dupla digitação, validação e posterior importação para serem analisados mediante auxílio do software SPSS (Statistical Package for the Social Science) for Windows, versão 23. Os dados foram submetidos à análise descritiva, de forma que as variáveis categóricas foram analisadas por meio de distribuições de frequências absolutas e percentuais e as variáveis quantitativas por medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio-padrão). Para verificar a associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com os DE's, utilizou-se teste qui-quadrado. As análises inferenciais consideraram nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, registrado sob parecer de nº1.864.905 conforme a Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 54 pacientes, a maioria era do sexo masculino (34; 63%), branca (24; 44,4%) e com média de idade de $\pm 57,9$ anos, mínima de 31 e máxima de 81 anos. Quanto à escolaridade, observou-se que a média de anos estudados foi de 6 ± 4 anos. Em relação à ocupação, 28 (56%) pacientes desenvolviam atividades de esforço braçal. A média do IMC foi 26 ± 4 kg/m² (mínima=18; máxima=36) e a média da relação cintura quadril foi $1,04 \pm 0,03$ m. Em relação aos hábitos de vida, houve predomínio de indivíduos sedentários (36, 77%), não etilistas (36, 67%) e não tabagistas (37, 68%). Entretanto, 31% relataram serem ex-tabagistas, com média de 23 ± 16 anos/maço. Interessante destacar que houve predomínio de indivíduos hipertensos (37, 68%), porém, um quantitativo menor de diabéticos (18, 33%), obesos (23, 43%) e reinfartos (8, 15%). Em relação ao local do infarto, observa-se que 61% dos casos ocorreram em parede inferior e 39% em parede anterior. Observou-se predominância do Killip I em relação ao Killip II e escore médio de intensidade da dor na fase aguda do IMCSST igual a $9,8 \pm 0,41$ pontos. As médias dos valores pressóricos da admissão foram: PAS= 123 ± 26 mmHg e PAD= 77 ± 15 mmHg. Já a média da frequência cardíaca de admissão foi: FC= 76 ± 18 bpm. Quanto aos exames laboratoriais observou-se as seguintes médias: CKMB de chegada 168 ± 198 ng/ml, CKMB pico 233 ± 199 ng/ml, troponina $4,9\pm 6,8$ ng/ml, proteína C reativa $5,76\pm 8,1$ mg/l e glicemia capilar 135 ± 64 mg/dL. Observou-se o uso das seguintes classes de medicamentos na terapêutica clínica: 85% anticoagulantes, 98% antiplaquetários, 78% betabloqueadores, 59% estatinas e 50% IECA. Como estratégia de reperfusão miocárdica, a técnica de intervenção coronária percutânea foi realizada em 94% dos pacientes. Conforme exposto na tabela 1, o DE prioritário prevalente do D1 ao D5 pós IM, foi débito cardíaco diminuído.

O diagnóstico de enfermagem Débito Cardíaco Diminuído foi associado aos indivíduos não brancos ($p=0,028$).

DISCUSSÃO

Neste estudo, verificou-se que a maioria dos pacientes acometidos pelo IMCSST eram do sexo masculino, resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado com pacientes infartados no qual 72% eram do sexo masculino.⁽¹³⁾ De forma complementar, estes últimos pesquisadores também observaram que os homens tinham idade inferior à idade das mulheres quando acometidos pelo IMCSST.

Em relação à idade observada entre os indivíduos acometidos pelo IMCSST, observou-se semelhanças com

Tabela 1. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem prioritários identificados a partir do primeiro dia (D1) até o quinto dia (D5) nos pós infarto do miocárdio

Títulos diagnósticos de enfermagem (código NANDA*)	D1 n(%)	D2 n(%)	D3 n(%)	D4 n(%)	D5 n(%)
Ansiedade (146)	2(3,7)	2(3,7)	4(7,4)	2(3,7)	3(5,6)
Constipação (011)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	1(1,9)
Deambulação prejudicada (088)	1(1,9)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
Débito cardíaco diminuído (029)	27(50)	28(51,9)	33(61,1)	37(68,5)	33(61,1)
Dor aguda (132)	6(11,1)	5(9,3)	2(3,7)	1(1,9)	-(-)
Eliminação Urinária Prejudicada (016)	2(3,7)	2(3,7)	2(3,7)	1(1,9)	2(3,7)
Fadiga (093)	1(1,9)	-(-)	-(-)	1(1,9)	1(1,9)
Incontinência urinária (020)	1(1,9)	-(-)	2(3,7)	-(-)	1(1,9)
Incontinência Urinária Funcional (018)	1(1,9)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades humanas básicas (002)	4(7,4)	9(16,7)	4(7,4)	3(5,6)	3(5,6)
Padrão de sono prejudicado (198)	1(1,9)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
Padrão respiratório ineficaz (032)	7(13)	6(11,1)	6(11,1)	5(9,3)	2(3,7)
Privação do sono (096)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	1(1,9)
Retenção Urinária (023)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
Troca de gases prejudicada (033)	-(-)	1(1,9)	1(1,9)	-(-)	-(-)
Volume de líquidos deficientes (027)	1(1,9)	1(1,9)	-(-)	-(-)	-(-)

NANDA - Classificação da North American Nursing Diagnosis Association International

outros estudos,^(13,14) de modo que a idade é considerada um fator de risco para o acometimento do IM.⁽¹⁴⁾

O estilo de vida, como a prática de exercícios físico associado a uma alimentação adequada e o não tabagismo podem minimizar os riscos de acometimento por IM.⁽¹⁵⁾ Neste estudo, observou-se a prevalência do sedentarismo e ex-tabagistas. Sabe-se também que tanto o nível de atividade física e o tabagismo são fortes preditores de mortalidade pós-IM.⁽¹⁶⁾

Observou-se a prevalência de hipertensos neste estudo. Dado este que corrobora com outro estudo¹⁵. A hipertensão arterial é considerada fator de risco ao IM devido a fatores que são induzidos pela hipertensão e que contribuem para o desenvolvimento da aterosclerose e do IM; o estresse mecânico nos vasos sanguíneos por causa da PA elevada é um fator especialmente importante na disfunção endotelial, na progressão da aterosclerose e consequente ruptura da placa.⁽¹⁷⁾

As áreas cardíacas acometidas pelo IMCSST têm importância prognóstica. Neste estudo observamos prevalência de acometimento de parede inferior. Sabe-se que o IMCSST inferior está associado a um prognóstico favorável em comparação com o IMCSST anterior, no qual apresenta pior função de ventrículo esquerdo e níveis de citocinas pró-inflamatórias no plasma e líquido pericárdico aumentados.⁽¹⁸⁾

Neste estudo, destaca-se que o DE prioritário de maior prevalência nos primeiros cinco dias após o IMCSST, foi o débito cardíaco diminuído. Este foi seguido por padrão respiratório ineficaz e dor aguda no D1 pós-IMCSST, dados estes que corroboram com estudo que apresentou

dois dos mesmos DE's como prevalentes quando se tratou de doenças cardíacas.⁽¹⁹⁾ O DE é considerado como uma linguagem própria e padronizada, resultante do julgamento clínico do enfermeiro após ampla investigação do quadro clínico do paciente. Quando aplicado de maneira correta tem interferência direta sobre as condutas e ações a serem tomadas em relação ao paciente, com estabelecimento de metas e intervenções, assim como sobre a evolução clínica do mesmo.⁽¹⁹⁾ O débito cardíaco diminuído apresenta relação com a alteração do ritmo cardíaco, sinal característico em pacientes que apresentaram IM. A presença deste DE pode significar uma falha no coração como bomba responsável pelo funcionamento do organismo. Ainda pode-se relacionar o DE débito cardíaco diminuído ao DE padrão respiratório ineficaz uma vez que, por definição segundo a classificação da NANDA, o DE débito cardíaco diminuído relaciona-se ao volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas metabólicas do organismo. Além disso, sabe-se que o débito cardíaco reduzido pode desencadear alteração na pré-carga cardíaca, diminuição da pressão de oclusão da artéria pulmonar (pressão capilar), edema e fadiga,⁽²⁰⁾ inferindo mais uma vez a relação entre os principais DE levantados neste estudo, além de estar relacionado à altas taxas de internações, readmissões hospitalares, mortalidade e tratamento oneroso para o sistema de saúde.⁽²¹⁾

Os principais DE supracitados neste estudo ainda influenciam diretamente a pós-carga cardíaca, alterando significativamente processos fisiológicos cardiorrespiratórios, podendo levar a quadros de dispneia e resistência

vascular pulmonar.⁽²²⁾ Sabe-se ainda que na presença de tais alterações, fatores comportamentais e emocionais de pacientes com IM induzem e desenvolvem quadros transitórios de ansiedade e inquietação a partir de gatilhos de captação de neurotransmissores.⁽²³⁾

Ademais, a prevalência do DE débito cardíaco diminuído em indivíduos não brancos observados neste estudo, pode estar associada ao fato de indivíduos de cor preta estar mais propensos a doenças cardiovasculares que os indivíduos de cor branca.⁽²⁴⁾

Nosso estudo tem algumas limitações. O estudo não incluiu dados que podem influenciar o DE prioritário pós-IMCSST, como horas desde o início dos sintomas até a admissão bem como dados ecocardiográficos.

Este estudo descreve os diagnósticos de enfermagem prevalentes em pacientes pós IMCSST. Desta forma, nota-se a importância do processo de enfermagem como ferramenta científica ser realizado de forma cíclica e contínua na prática clínica. Acredita-se que os dados coletados por meio desta pesquisa possam contribuir para o desenvolvimento de protocolos de assistência de enfermagem, com estratégias e condutas relacionadas aos pacientes infartados, buscando a partir da SAE, instalar uma linha de cuidado adequada e eficaz, favorecendo a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de enfermagem prioritário de maior prevalência nos cinco primeiros dias pós IMCSST foi débito cardíaco diminuído. O débito cardíaco diminuído foi associado aos indivíduos não brancos. Torna-se necessário a realização de novas pesquisas que retratem DE's prioritários no pós-IMCSST com precisão afim de favorecer a qualidade da assistência de enfermagem e a segurança do paciente.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

Contribuições

a) concepção e/ou desenho do estudo: Bianca Cristina de Almeida Santos; Daniel Braga de Oliveira; Valeria Nasser Figueiredo. b) coleta, análise e interpretação dos dados: Bianca Cristina de Almeida Santo; Daniel Braga de Oliveira; Maria Beatriz Guimarães Raponi; Valeria Nasser Figueiredo. c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Bianca Cristina de Almeida Santos; Daniel Braga de Oliveira; Maria Beatriz Guimarães Raponi; Patricia Magnabosco; Omar Pereira de Almeida Neto; Valeria Nasser Figueiredo. d) aprovação da versão final a ser publicada: Bianca Cristina de Almeida Santos; Valeria Nasser Figueiredo.

REFERÊNCIAS

1. Roth GA, Huffman MD, Moran AE, Feigin V, Mensah GA, Naghavi M, et al. Global and Regional Patterns in Cardiovascular Mortality From 1990 to 2013. *Circulation*. 2015;132(17):1667-8.
2. Nikus K, Birnbaum Y, Fiol-Sala M, Rankinen J, Luna AB. Conduction Disorders in the Setting of Acute STEMI. *Curr Cardiol Rev*. 2021;17(1):41-9.
3. Arora G, Bittner V. Chest Pain Characteristics and Gender in the Early Diagnosis of Acute Myocardial Infarction. *Curr Cardiol Rep*. 2015;17(2):5.
4. Hayat SA, Senior R. Myocardial contrast echocardiography in ST elevation myocardial infarction: ready for prime time?. *Eur Heart J*. 2008;29(3):299-314.
5. Johansson S, Rosengren A, Young K, Jennings E. Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017;17(1):53.
6. van Diepen S, Vavalle JP, Newby LK, Clare R, Pieper KS, Ezekowitz JA, et al. The systemic inflammatory response syndrome in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Crit Care Med*. 2013;41(9):2080-7.
7. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, Centor RM, et al. Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Med Care*. 2004;42(1):4-12.
8. Alves T, Vieira A, Guedes M, Brilhante C, Oliveira C, Dantas S. Guidelines for nursing in prehospital care for cardiovascular emergencies. *Enferm Foco*. 2019;10(5):173-8.
9. Kelly J. Evidence-based care of a patient with a myocardial infarction. *Br J Nurs*. 2004;13(1):12-8.
10. Horta WA. Nursing: theory, concepts, principles and process. *Rev Esc Enferm USP*. 1974;8(1):7-17.
11. Mello BH, Oliveira GB, Ramos RF, Lopes BB, Barros CB, Carvalho EO, et al. Validation of the Killip-Kimball Classification and Late Mortality after Acute Myocardial Infarction. *Arq Bras Cardiol*. 2014; 103(2):107-17.
12. Malachias MV, Gomes MA, Nobre F, Alessi A, Feitosa AD, Coelho EB. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 2 - Diagnosis and Classification. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3):7-13.
13. Hailer B, Naber C, Koslowski B, van Leeuwen P, Schäfer H, Budde T, et al. Myocardial Infarction Network Essen. Gender-related differences in patients with ST-elevation myocardial infarction: results from the registry study of the ST elevation myocardial infarction network Essen. *Clin Cardiol*. 2011;34(5):294-301.
14. Kytö V, Sipilä J, Rautava P. Gender, age and risk of ST segment elevation myocardial infarction. *Eur J Clin Invest*. 2014;44(10):902-9.
15. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52.

16. Ek A, Ekblom Ö, Hambraeus K, Cider Å, Kallings LV, Börjesson M. Physical inactivity and smoking after myocardial infarction as predictors for readmission and survival: results from the SWEDEHEART-registry. *Clin Res Cardiol*. 2019;108(3):324-32.
17. Rakugi H, Yu H, Kamitani A, Nakamura Y, Ohishi M, Kamide K, et al. Links between hypertension and myocardial infarction. *Am Heart J*. 1996;132(1 Pt 2 Su):213-21.
18. Kiris I, Kapan S, Narin C, Ozaydin M, Cure MC, Sutcu R, et al. Relationship between site of myocardial infarction, left ventricular function and cytokine levels in patients undergoing coronary artery surgery. *Cardiovasc J Afr*. 2016;27(5):299-306.
19. Pereira JM, Cavalcanti AC, Santana RF, Cassiano KM, Oueluci GC, Guimarães TC. Nursing diagnoses for inpatients with cardiovascular diseases. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):737-45.
20. Massé L, Antonacci M. Low cardiac output syndrome: identification and management. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2005;17(4):375-83.
21. Pereira FA, Correia DM. The heart failure in a Brazilian city of Minas Gerais: 10-years epidemiological profile. *Enferm Foco*. 2020;11(2):139-45.
22. Brandão SM, Altino DM, Gengo e Silva RC, Lopes JL. Defining characteristics of decreased cardiac output: a literature review. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2011;22(2):92-102.
23. Jiang W, Samad Z, Boyle S, Becker RC, Williams R, Kuhn C, et al. Prevalence and clinical characteristics of mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(7):714-22.
24. Blackston JW, Safford MM, Mefford MT, Freeze E, Howard G, Howard VJ, et al. Cardiovascular Disease Events and Mortality After Myocardial Infarction Among Black and White Adults: REGARDS Study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2020;13(12):e006683.

RECOMENDAÇÕES NACIONAIS A CATETERES PERIFÉRICOS: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

NATIONAL RECOMMENDATIONS TO PERIPHERAL CATHETERS: ANALYSIS OF NURSING TEAM KNOWLEDGE IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN THE BRAZILIAN AMAZON

RECOMENDACIONES NACIONALES A LOS CATÉTERES PERIFÉRICOS: ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN LA AMAZONÍA BRASILEÑA

Ana Victoria Antônio José dos Santos¹

(<https://orcid.org/0000-0001-5374-5426>)

Amanda Carolina Rozario Pantoja²

(<https://orcid.org/0000-0002-3710-7704>)

Amanda Sthefpanie Ferreira Dantas¹

(<https://orcid.org/0000-0003-2865-7058>)

João Victor Moura Garcia¹

(<https://orcid.org/0000-0001-6305-6042>)

Erika Rêgo da Cruz¹

(<https://orcid.org/0000-0003-0344-5462>)

Crislen de Melo Conceição¹

(<https://orcid.org/0000-0002-0818-8226>)

Renata Ewilyn de Sousa Alves¹

(<https://orcid.org/0000-0003-2497-9818>)

Aline Maria Pereira Cruz Ramos¹

(<https://orcid.org/0000-0001-8812-2923>)

Descritores

Flebite; Cateteres; Conhecimento; Equipe de enfermagem; Agência nacional de vigilância sanitária

Descriptors

Phlebitis; Catheters; Knowledge; Nursing team; Brazilian health surveillance agency

Descriptores

Flebitis; Catéteres; Conocimiento; Equipo de enfermería; Agencia nacional de vigilancia sanitária

Recebido

14 de Abril de 2020

Aceito

24 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Amanda Carolina Rozario Pantoja
E-mail: amandapantoja.enf@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as veias periféricas superiores (mão, antebraço e braços) para escolha do sítio de punção e as novas recomendações brasileiras sobre terapia infusional por cateter periférico.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal, prospectivo realizado em três unidades de internação de um hospital universitário no norte do Brasil. Foram abordados profissionais da equipe enfermagem. Os dados foram descritos por frequência absoluta e relativa, desvio padrão e média aritmética, para a análise estatística foi utilizado o software EpiInfo™, versão 7.2.2.6 empregando-se o Teste G, com p valor < 0,005.

Resultados: Observou-se que o percentual de acertos nas categorias analisadas foi em sua maioria aceitável, principalmente os relacionados a higiene das mãos, seleção de cateter e cuidados com o sítio de inserção. Contudo, observou-se déficit de conhecimento nos itens relacionados as coberturas dos cateteres e avaliação dos cateteres periféricos em todos os profissionais. Adicionalmente, houve divergência de conhecimento entre as categorias profissionais nos itens referentes a estabilização (p=0,005) e remoção do dispositivo periférico (p=0,002), com maior nível de acertos entre os profissionais com maior nível de instrução.

Conclusão: Nota-se que ainda existem lacunas no conhecimento dos profissionais, indicando a necessidade de educação continuada para melhoria da assistência.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the knowledge of nursing professionals about the upper peripheral veins (hand, forearm and arms) to choose the puncture site and the new Brazilian recommendations on infusion therapy by peripheral catheter.

Methods: Quantitative, cross-sectional, prospective study carried out in three inpatient units of a university hospital in northern Brazil. Professionals from the nursing team were approached. The data were described by absolute and relative frequency, standard deviation and arithmetic mean. For statistical analysis, the EpiInfo™ software, version 7.2.2.6 was used using the G Test, with p value <0.005.

Results: It was observed that the percentage of correct answers in the analyzed categories was mostly acceptable, mainly those related to hand hygiene, catheter selection and care with the insertion site. However, there was a lack of knowledge in items related to catheter coverage and evaluation of peripheral catheters in all professionals. Additionally, there was a divergence of knowledge between the professional categories in the items referring to stabilization (p = 0.005) and removal of the peripheral device (p = 0.002), with a higher level of correct answers among professionals with a higher level of education.

Conclusion: It is noted that there are still gaps in the knowledge of professionals, indicating the need for continuing education to improve care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre las venas periféricas superiores (mano, antebrazo y brazos) para elegir el sitio de punción y las nuevas recomendaciones brasileñas sobre la terapia de infusión por catéter periférico.

Métodos: Estudio cuantitativo, transversal, prospectivo, realizado en tres unidades de internación de un hospital universitario en el norte de Brasil. Se contactó con profesionales del equipo de enfermería. Los datos se describieron por frecuencia absoluta y relativa, desviación estándar y media aritmética. Para el análisis estadístico, se utilizó el software EpiInfo™, versión 7.2.2.6, utilizando la prueba G, con un valor de p <0.005.

Resultados: Se observó que el porcentaje de respuestas correctas en las categorías analizadas era en su mayoría aceptable, principalmente las relacionadas con la higiene de las manos, la selección del catéter y el cuidado con el sitio de inserción. Sin embargo, hubo una falta de conocimiento en los ítems relacionados con la cobertura del catéter y la evaluación de los catéteres periféricos en todos los profesionales. Además, hubo una divergencia de conocimiento entre las categorías profesionales en los ítems referidos a la estabilización (p = 0.005) y la extracción del dispositivo periférico (p = 0.002), con un mayor nivel de respuestas correctas entre los profesionales con un mayor nivel de educación.

Conclusión: Se observa que todavía hay lagunas en el conocimiento de los profesionales, lo que indica la necesidad de educación continua para mejorar la atención.

¹Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

²Universidade da Amazônia, Belém, PA, Brasil.

Como citar:

Santos AV, Pantoja AC, Dantas AS, Garcia JV, Cruz ER, Conceição CM, et al. Recomendações nacionais a cateteres periféricos: análise do conhecimento da equipe de enfermagem em um hospital universitário na amazônia brasileira. *Enferm Foco*. 2021;12(3):448-53.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3457

INTRODUÇÃO

A inserção de um cateter venoso é o procedimento invasivo mais comum em pacientes hospitalizados e a terapia infusional corresponde a atividade mais prevalente nos cuidados de enfermagem em todos os turnos.^(1,2)

Dentre as inúmeras competências da enfermagem nessa área, destaca-se a habilidade inicial de reconhecimento da anatomia vascular para escolha do melhor sítio de punção periférica, com auxílio da inspeção e palpação.⁽³⁾ No Brasil, essa habilidade cabe a qualquer membro da equipe de enfermagem, sendo mais comumente desenvolvida por técnicos de enfermagem.^(1,4)

Embora seja uma prática comum, a terapia infusional não é privativa da enfermagem e nem está isenta de eventos adversos. A infecção de corrente sanguínea (ICS) é um exemplo de evento adverso e está relacionada à permanência de cateter venoso e à técnica inadequada de inserção/manipulação do dispositivo.⁽⁵⁾ E a alta incidência de ICS repercute no aumento das taxas de morbimortalidade, tempo de internação e custos hospitalares.⁽⁶⁾

Na equipe multiprofissional, a enfermagem exibe protagonismo por ser o maior percentual dos trabalhadores nos serviços de saúde e ofertar assistência ininterrupta. Assim, cabe ao enfermeiro capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem, a fim de garantir redução de eventos adversos e maior segurança ao paciente.^(1,7,8)

Em 2017, foram implementadas as diretrizes de prevenção a Infecções Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), dentre elas a redução de ICS, cujos tópicos recomendam as boas práticas da inserção, manutenção e retirada de cateteres venosos periféricos no Brasil.⁽⁹⁾ Até o momento, nenhum estudo avaliou o conhecimento da equipe de enfermagem sobre tais diretrizes implementadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira (ANVISA).

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem em hospital universitário sobre o reconhecimento das veias periféricas superiores (mão, antebraço e braços) para escolha do sítio de punção e as novas recomendações brasileiras sobre terapia infusional por cateter periférico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo de abordagem quantitativa

Pesquisa desenvolvida em três unidades de internação, clínica médica, pneumologia e de doenças infecto-parasitárias, de um hospital universitário localizado em Belém, Pará.

A amostra foi composta por profissionais de enfermagem dos diferentes níveis de escolaridade, cujos critérios

de inclusão foram: a) ser profissional de enfermagem; b) atuar nos setores contemplados pelo estudo em pelo menos um dos turnos de trabalho; c) independente do vínculo empregatício e que concordassem em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sendo os critérios de exclusão: afastamento das atividades sob qualquer justificativa e o não aceite da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre o período de agosto de 2018 a junho de 2019, nos turnos da manhã e tarde, nas clínicas médica, pneumologia e de doenças infecto-parasitárias. A abordagem dos participantes ocorreu de forma individual e isolada. Para a coleta de dados, foi empregado um questionário elaborado pelos autores com três domínios, o primeiro destinado aos dados sociodemográficos do participante, o segundo com 8 questões objetivas acerca das recomendações nacionais para cateteres periféricos⁹, e no último uma pergunta aberta para a identificação de 10 veias dos membros superiores (mão, antebraço e braço). Este último foi entregue em folha separada e aguardou-se a resposta dos participantes. Os profissionais de enfermagem demoraram em média 20 minutos para finalizar o questionário. Foi considerada como incorretas a ausência de resposta na única questão subjetiva.

A tabulação dos dados ocorreu por dupla checagem com o software EpiInfo™, versão 7.2.2.6, para análise inferencial e descritiva. Nesta última, foram aplicadas medidas de tendência central (média aritmética), medidas de variabilidade (desvio padrão), e determinação de frequência absoluta e relativa. Enquanto para o método de estatísticas inferencial, empregou-se o Teste G, com p valor < 0,005.

O estudo atendeu aos requisitos éticos legais vigentes na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾ e foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Núcleo de Pesquisa em oncologias da Universidade Federal do Pará, sob o protocolo 2.730.246.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 118 participantes, em que 32 (26,9%) eram enfermeiros, 60 (50,4%) eram técnicos de enfermagem, 26 (21,9%) auxiliares de enfermagem, com predominância feminina 94 (79,0%) (Tabela 1). A média de idade dos profissionais de enfermagem foi 42,2 anos. Na amostra estudada, 55 (29,4%) eram celetistas vinculados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 43 (36,1%) eram profissionais efetivos vinculados à instituição de ensino superior, e 19 (16,0%) possuíam outros vínculos trabalhistas.

Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo (n= 118)

Características demográficas	n(%)	
Categoria profissional		
Auxiliar de enfermagem	26(21,9)	
Técnico de enfermagem	60(50,4)	
Enfermeiro(a)	32(26,9)	
Gênero		
Feminino	94(79,0)	
Masculino	25(21,0)	
Grau de instrução		
Graduação	9(7,6)	
Residência/especialização		
Mestrado	6(5,0)	
Doutorado	1(0,8)	
Não informado	81(68,1)	
Setor hospitalar		
Clinica <i>médica</i>	35(29,4)	
Doenças <i>infecto-parasitárias</i>		
Pneumologia	42(35,3)	
Vínculo empregatício		
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)	55(46,2)	
Instituição de Ensino Superior (IES)	43(36,1)	
Outros	19(16,0)	
	Média	Desvio-padrão
Idade		
Auxiliar de enfermagem	51,9	6,3
Técnico de enfermagem	40,2	7,6
Enfermeiro(a)	41,9	7,3
Auxiliar de enfermagem	25,8	9,1
Técnico de enfermagem	11,7	8,3
Enfermeiro(a)	16,7	7,1

Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre as recomendações nacionais voltadas para cateteres intravenosos periféricos (CIP)

O conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca dos cuidados associados à inserção, manutenção e remoção de cateteres periféricos em serviços de saúde foram descritos na tabela 2. Os resultados contemplam os tópicos encontrados no caderno de medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde divulgada pela ANVISA em 2017, na seção referente às infecções de corrente sanguínea.

Globalmente, o conhecimento da equipe de enfermagem relativo aos tópicos avaliados mostrou percentuais significativos de acertos para todas as categorias profissionais, principalmente em relação a higiene das mãos, seleção do cateter e sítio de inserção. No entanto, verificou-se um déficit de conhecimento acerca dos cuidados preconizados para as coberturas dos cateteres periféricos e avaliação dos cateteres periféricos em toda a equipe. Encontrou-se divergência entre as categorias sobre o nível de acertos referentes a estabilização (p=0,005) e

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as diretrizes da ANVISA (2017), para prevenção de infecção relacionada à corrente sanguínea em cateteres periféricos

Variáveis	Enfermeiro n(%) n=32	Técnico de enfermagem n(%) n=60	Auxiliar de enfermagem n(%) n=26	p-value
Higienização das mãos				
Correto	30(93,8)	55(91,7)	21(80,8)	0,5440
Errado	2(6,2)	5(8,4)	5(19,2)	
Seleção do cateter e sítio de inserção				
Correto	29(90,6)	52(86,7)	19(73,0)	0,5801
Errado	3(9,4)	8(13,3)	6(23,1)	
Não informado	0(0,0)	0(0,0)	1(3,8)	
Preparo da pele				
Correto	24(75,0)	51(85,0)	16(61,5)	0,4521
Errado	7(21,9)	9(15)	8(30,8)	
Não informado	1(3,1)	0(0,0)	2(7,7)	
Estabilização				
Correto	25(78,1)	31(51,7)	13(52)	0,005*
Errado	5(15,6)	27(45,0)	12(48,0)	
Não informado	2(6,3)	2(3,3)	1(3,8)	
Coberturas				
Correto	19(59,4)	27(45,0)	11(44)	1,00
Errado	11(34,4)	33(55,0)	14(56,0)	
Não informado	0(0,0)	0(0,0)	1(4,0)	
Cuidados com o sítio de inserção				
Correto	22(68,8)	38(63,3)	15(57,7)	0,5938
Errado	7(21,9)	21(35,0)	10(38,5)	
Não informado	3(9,3)	1(1,7)	1(3,8)	
Cuidados com cateteres periféricos – avaliação				
Correto	11(34,4)	20(33,3)	7(25,0)	0,1225
Errado	18(56,3)	39(65,0)	16(61,5)	
Não informado	3(9,3)	1(1,7)	3(11,5)	
Remoção do cateter				
Correto	25(78,1)	32(53,3)	14(53,8)	0,002*
Errado	5(15,6)	26(43,4)	9(34,7)	
Não informado	2(6,3)	2(3,3)	3(11,5)	
Flushing e manutenção do cateter				
Correto	21(65,6)	46(76,7)	12(46,1)	0,0702
Errado	7(21,9)	10(16,6)	12(46,1)	
Não informado	4(12,5)	4(6,7)	2(7,7)	

*Significância estatística

remoção do dispositivo periférico (p=0,002), com destaque para maior conhecimento exibido pelo profissional de nível superior.

Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a anatomia vascular

O último domínio do questionário analisou o conhecimento dos profissionais sobre a identificação de dez veias da mão, antebraço e braço. Os dados foram apresentados sem a separação por categoria uma vez que a imagem foi entregue separadamente aos profissionais e muitos não se identificaram nela. Alarmantemente, a maioria dos profissionais errou ou não nomeou as veias indicadas na figura do questionário. Os resultados destacaram a maior proporção de assertivas às veias do braço, mãos e menor no antebraço, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre anatomia vascular da mão, antebraço e braço

Região anatômica	Acertos n(%)	Erros/sem resposta n(%)	p-value
Mão			
<i>Veias metacarpais dorsais</i>	11(9,24)	108(90,8)	0,3415*
<i>Veias dorsais</i>	8(6,7)	111(93,3)	
<i>Veia basilíca</i>	14(11,8)	105(88,2)	
<i>Veia cefálica</i>	16(13,5)	103(86,6)	
Antebraço			
<i>Veia cubital mediana</i>	12(10,1)	107(98,9)	0,003**
<i>Veia cefálica acessória</i>	9(7,6)	110(92,4)	
<i>Veia cefálica</i>	1(0,8)	118(99,2)	
<i>Veia antebraquial</i>	1(0,8)	118(99,2)	
Braço			
<i>Veia cefálica</i>	33(27,7)	86(72,3)	0,8838*
<i>Veias basilíca</i>	31(26,1)	88(74,0)	

*Teste Qui-quadrado; **Teste G

DISCUSSÃO

Neste estudo, a coleta de informações baseou-se na declaração dos profissionais em tempo real, sem acesso a consulta a nenhuma fonte. Observou-se uma equipe de enfermagem compostas por mulheres, com função de técnica de enfermagem, com média de 40,2±7,6 anos de idade, e em média 11,7±8,3 anos de atuação profissional, cujo perfil coincide com um estudo nacional brasileiro.⁽¹¹⁾

Reforçando os achados da pesquisa, em busca de traçar o perfil profissional da equipe de enfermagem, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), afirmou que o setor de saúde é predominantemente composto pelo gênero feminino (85,1%) em escala nacional, já 14,4% são homens, indicando um acréscimo no interesse pela escolha na atuação profissional.⁽¹²⁾

No Brasil, essa subcategorização da equipe de enfermagem é amparada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei n.º 7.498/86), estando o auxiliar de enfermagem em extinção devido à falta de amparo legal atual, exigindo-se capacitação dos mesmos para evolução de categoria.⁽¹³⁾ Por isso, muitos profissionais têm investido na ascensão profissional ao realizar uma graduação na área.⁽¹⁴⁾ Nesta amostra, alguns auxiliares e técnicos afirmaram ter nível superior, embora ainda desempenhassem inferior função no vínculo institucional ao qual atuava. Este fato deve ser levado em consideração ao se analisar as respostas entre as categorias de enfermagem analisadas.

Identificou-se ainda uma variedade de vínculos profissionais neste estudo, isso pode repercutir em dificuldades ou não adesão aos protocolos institucionais vigentes. Uma vez que os protocolos assistenciais reduzem flutuações das práticas na assistência à saúde, maior segurança ao paciente e aprimora a qualidade assistencial.⁽¹⁵⁾

Os resultados deste estudo indicaram que a maioria dos profissionais de enfermagem conheciam as novas recomendações da ANVISA ano 2017, para redução da ICS. Tais dados coincidem com estudos anteriores que ressaltam um conhecimento satisfatório sobre os protocolos voltados à terapia intravenosa, embora não o apliquem adequadamente no dia a dia.^(16,17) Destaca-se o paradigma de saber *versus* fazer na enfermagem.

A higienização das mãos é um excelente exemplo, ela foi a maior assertiva global, embora estudos mostram divergência entre a teoria e a prática.^(18,19) Sabe-se que esta negligência potencializa os índices de mortalidade por ICS e multirresistência.⁽²⁰⁾

A maioria dos profissionais apresentou conhecimento quanto aos critérios de escolha do melhor dispositivo e a área de inserção para a terapia intravenosa, resultados semelhantes aos resultados de outro estudo.²¹ Para a seleção do cateter, leva-se em consideração a terapia (tipo, duração, veia de inserção), medicamentos (viscosidade, componentes, entre outros) e paciente (condições de saúde, rede venosa), priorizando-se cateteres com menor diâmetro e comprimento.^(9,21,22) Por outro lado, a escolha do melhor sítio sofre influência pelas características do doente e viabilidade venosa.⁽²³⁾

Alternativamente, o maior déficit de conhecimento da equipe foi relacionado à frequência de avaliação do sítio de inserção do cateter e possíveis alterações nessa área. A maioria dos profissionais errou a frequência de avaliação, resultado divergentes em estudo em que 87% dos enfermeiros conhecem e seguem tal recomendação em sua prática clínica.⁽²¹⁾

A ANVISA preconiza a avaliação diária de adultos hospitalizados para identificar presença de rubor, edema e secreção por inspeção visual e palpação.⁽⁹⁾ A avaliação da área de punção busca sinais/sintomas sugestivos de eventos adversos os quais merecem intervenção imediata ou remoção do dispositivo.⁽²⁴⁾

Interessantemente, identificou-se desalinhamento do conhecimento entre as três categorias de enfermagem sobre a estabilização (p= 0.005) e remoção do dispositivo (p= 0.002) segundo as recomendações da ANVISA.⁽⁹⁾ Quanto a estabilização do cateter, a maior assertiva ocorreu no nível superior (p= 0.05), a qual reconheceu a necessidade de cobertura estéreis e transparentes para reduzir danos ao paciente (flebite mecânica), otimizar a permanência do dispositivo e favorecer a avaliação do sítio de inserção.⁽²³⁾

Entretanto, o equívoco identificado na maioria da equipe pode estar relacionado a padronização do uso de

fita adesiva não estéril e não transparente na instituição. No estudo citado anteriormente, ressalta a necessidade do uso de cobertura estéreis e ainda acrescenta que a prática de cortar a fita e pregar as tiras no uniforme ou bandejas aumentam significativamente o risco de infecção da ICS.⁽²³⁾

Além do mais, o uso desse tipo de fita ainda dificulta a visualização do sítio de inserção do cateter e impacta na vigilância de indicadores para a sua remoção e tratamento oportuno. Outras evidências apontam que apenas 45,5% dos participantes reconhecem curativos transparentes ajuda na avaliação do sítio de punção.⁽¹⁶⁾

Assim, os profissionais avaliados são motivados a remover o cateter conforme o tempo de permanência (72-96h) preconizado pela ANVISA ou à queixa do paciente, o que não oportuniza a avaliação frequente do sítio adequadamente, o que tende a aumentar o risco de eventos adversos.⁽⁹⁾

É válido ressaltar que as tecnologias na terapia infusional asseguram a qualidade assistencial e maior segurança ao paciente. No entanto, sabe-se das limitações de acesso destas ou a dificuldade de seu uso,⁽¹⁾ com destaque às instituições públicas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No que tange os erros ou a ausência de respostas da equipe de enfermagem quanto a nomeação de veias, fica evidente a alarmante imperícia dos participantes e negligência a uma assistência com qualidade. Uma vez que a identificação da veia é relevante à punção venosa e identificação de eventos adversos, flebite. Esta última é um indicador de qualidade assistencial importante, cuja descrição da veia permite a sua identificação e registro legal no prontuário diante do estadiamento e condutas.⁽²⁵⁾

Assim, é indubitável que os profissionais de saúde necessitam estar capacitados para suas ações de cuidado, devendo-se buscar constante atualização.^(15,26) Nesse sentido é pertinente que recebam suportes educacionais contínuos. Em uma pesquisa foi possível identificar que a equipe de enfermagem tem percepção da importância das transformações que podem surgir através desta ferramenta educacional, qualificando o processo de trabalho dos profissionais.⁽²⁷⁾

Tratando-se de um hospital universitário esperava-se maior contribuição e interação na participação da pesquisa pela equipe de enfermagem. No entanto, houve dificuldades encontradas em realizar a aplicação do instrumento de coleta de dados, pela recusa de alguns integrantes da

equipe, bem como a falta de colaboração, a exemplo, o preenchimento incompleto do questionário por alguns participantes do estudo, por envolver avaliação do conhecimento e pela escassez na capacitação prévia das diretrizes, sobre as boas práticas da inserção, manutenção e retirada de cateteres venosos periféricos.

A contribuição relaciona-se à importância da atualização sobre as diretrizes que impactam diretamente na melhoria das boas práticas de enfermagem e segurança do paciente, a fim de reduzir os riscos de infecção da corrente sanguínea.

CONCLUSÃO

A cateterização periférica encontra-se entre as principais atribuições da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar, cabendo a eles a realização da punção, manutenção do acesso periférico e demais cuidados relativos ao procedimento. A realização desse estudo demonstrou que ainda há lacunas no conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto às novas diretrizes recomendadas pela ANVISA desde 2017, fato que pode interferir negativamente na saúde e segurança do paciente. Sob esta perspectiva, ressalta-se a importância de iniciativas educativas intermitentes voltadas à atualização e aperfeiçoamento deste profissional, cuja atuação encontra-se atrelada aos índices de infecção de corrente sanguínea e flebite nos pacientes.

Agradecimentos

Financiada por duas bolsas de iniciação científica, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e Fundação de Amparo e Desenvolvimento de Pesquisa (FADESP).

Contribuições

a) concepção e desenho do estudo: Aline Maria Pereira Cruz Ramos. b) coleta de dados: Ana Victoria Antônio José dos Santos; Amanda Carolina Rozario Pantoja; Amanda Sthefpanie Ferreira Dantas; João Victor Moura Garcia; Erika Rêgo da Cruz; Crislen de Melo Conceição; Renata Ewillyn de Sousa Alves. c) análise e interpretação dos dados: Ana Victoria Antônio José dos Santos; Aline Maria Pereira Cruz Ramos. c) redação e revisão crítica do manuscrito: Aline Maria Pereira Cruz Ramos; Ana Victoria Antônio José dos Santos; Amanda Sthefpanie Ferreira Dantas. d) aprovação da versão final a ser publicada: Aline Maria Pereira Cruz Ramos.

REFERÊNCIAS

- Moreira AP, Escudeiro CL, Christovam BP, Silvino ZR, Carvalho MF, Silva RB. Use of technologies in intravenous therapy: contributions to a safer practice. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(3):595-601.
- Magalhães AM, Moura GM, Pasin SS, Funcke LB, Pardal BM, Kreling A. The medication process, workload and patient safety in inpatient units. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(spe):43-50.
- Van Loon FH, Buise MP, Claassen JJ, Dierick-van Daele AT, Bouwman AR. Comparison of ultrasound guidance with palpation and direct visualisation for peripheral vein cannulation in adult patients: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth*. 2018;121(2):358-66.
- Llapa-Rodriguez EO, Silva LS, Menezes MO, Oliveira JK, Currie LM. Safe patient care in the preparation and administration of medicines. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e2017-0029.
- Mermel LA. Short-term Peripheral Venous Catheter-Related Bloodstream Infections: A Systematic Review. *Clin Infect Dis*. 2017;65(10):1757-62.
- Sato A, Nakamura I, Fujita H, Tsukimori A, Kobayashi T, Fukushima S, et al. Peripheral venous catheter-related bloodstream infection is associated with severe complications and potential death: a retrospective observational study. *BMC Infect Dis*. 2017;17(1):434.
- Oliveira JK, Llapa-Rodriguez EO, Lobo IM, Silva LS, Godoy S, Silva GG. Patient safety in nursing care during medication administration. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3017.
- Ferreira LL, Azevedo LM, Salvador PT, Morais SH, Paiva RM, Santos VE. Nursing Care in Healthcare-Associated Infections: A Scoping Review. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(2):476-83.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2017 (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde) [citado 2017 Jan 30]. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fcc9220c373>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No. 466 de 12 de dezembro de 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2017 Jan 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Machado MH, Aguiar FW, Lacerda WF, Oliveira LL, Wermelinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm Foco*. 2016;7(ESP):9-14.
- Machado MH, Oliveira ES, Lemos WR, Wermelinger MW, Vieira M, Santos MR, et al. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COFEN; 2020 [citado 2017 Jan 30]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei no 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2008 [citado 2017 Out 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
- Monteiro RP, Jung W, Lazzari DD, Nascimento ER, Dalamaria JM. The professional transition process from the perspective of nursing technicians who have become nurses. *Rev Eletr Enf*. 2014;16(4):777-86.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Guidelines for the construction of nursing care protocols. São Paulo: COREN/SP; 2015.
- Qamar Z, Afzal M, Kousar R, Waqas A, Gilani SA. Assess Nurses Knowledge and Practices towards Care and Maintenance of peripheral Intravenous cannulation in Services Hospital Lahore, Pakistan. *Saudi J Med Pharm Sci*. 2017;3(Iss-6B):608-14.
- Hossain AM, Hasan MI, Haque M. Assessment of the level of knowledge and practice on intravenous cannulization among staff nurses of selected tertiary care hospital in Dhaka city. *MOJ Public Health*. 2016;4(5):156-9.
- Costa AG, Costa MS, Ferreira ES, Sousa PC, Santos MM, Lima DE, et al. Knowledge of Nursing Professional on the Safety of the Oncological Patient in Chemotherapy. *Rev Bras Cancerol*. 2019;65(1):e-04274.
- Souza LM, Ramos MF, Becker ES, Meirelles LC, Monteiro SA. Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professional. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(4):21-8.
- Haque M, Sartelli M, McKimm J, Bakar MA. Health care-associated infections – an overview. *J Infect Drug Resist*. 2018;11:2321-33.
- Osti C, Khadka M, Wost D, Gurung G, Zhao Q. Knowledge and practice towards care and maintenance of peripheral intravenous cannula among nurses in Chitwan Medical College Teaching Hospital, Nepal. *Nursing Open*. 2019;6(3):1006-12.
- Gorski LA. The 2016 Infusion Therapy Standards of Practice. *Home Healthc Now*. 2017;35(1):10-8.
- Salgueiro-Oliveira AS, Basto ML, Braga LM, Arreguy-Sena C, Melo MN, Parreira PM. Nursing practices in peripheral venous catheter: phlebitis and patient safety. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180109.
- Miliani K, Taravella R, Thillard D, Chauvin V, Martin E, Edouard S, et al. Peripheral Venous Catheter-Related Adverse Events: Evaluation from a Multicentre Epidemiological Study in France (the CATHEVAL Project). *PLoS One*. 2017;12(1):e0168637.
- Souza AE, Oliveira JL, Dias DC, Nicola AL. Nursing care quality in peripheral intravenous therapy: analysis by indicators. *Cogitare Enferm*. 2014;19(3):521-7.
- Jahrin BK, Salvi R, Naik N. Effect of structured teaching programme on knowledge and practice regarding the use of visual infusion phlebitis scale among staff nurses. *Int J Health Sci Res*. 2019;9(9):110-21.
- Silva VG, Cândido AS. A Formação do Enfermeiro para a Realização da Educação Continuada. *Id on Line Rev Mult Psic*. 2018;12(40):847-58.

CUIDAR DE LESÃO CRÔNICA: SABERES E PRÁTICAS DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA

CARING FOR CHRONIC INJURIES: KNOWLEDGE AND PRACTICES OF PEOPLE WITH VENOUS ULCERS

CUIDAR DE LA HERIDA CRÓNICA: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PERSONAS CON ÚLCERAS VENOSAS

Isabelly Christina Gomes Vieira¹
Mariana André Honorato Franzoi²

(<https://orcid.org/0000-0001-7932-4347>)
(<https://orcid.org/0000-0002-6877-4753>)

Descritores

Úlcera varicosa; Conhecimento; Pacientes ambulatoriais; Cuidados de enfermagem

Descriptors

Varicose ulcer; Knowledge; Outpatients; Nursing care

Descriptores

Úlcera varicosa; Conocimiento; Pacientes ambulatorios; Atención de enfermería

Recebido

22 de Abril de 2020

Aceito

24 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído de trabalho de conclusão de curso intitulado "TECNOLOGIA EDUCATIVA EM CORDEL PARA PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA ARRETADA", defendido no ano de 2019, na Universidade de Brasília.

Autor correspondente

Isabelly Christina Gomes Vieira
E-mail: isabellyvieira@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Descrever saberes e práticas realizadas por pessoas com úlcera venosa no cuidado da lesão.

Métodos: Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com onze pacientes em tratamento de úlcera venosa em um Serviço Ambulatorial de Estomaterapia em Brasília, Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada entre abril e maio de 2019 por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática.

Resultados: A maioria era do sexo feminino e com mais de sessenta anos. Três categorias emergiram a partir da análise de conteúdo das entrevistas: práticas e saberes gerais no autocuidado da úlcera; mitos e crenças que permeiam o autocuidado; e dificuldades vivenciadas durante o cuidado com a úlcera.

Conclusão: Este estudo desvelou saberes, práticas e também crenças que os pacientes com úlcera venosa apresentam a respeito da doença vascular e do processo de cicatrização da lesão, os quais propiciam melhor direcionamento no planejamento e no desenvolvimento de ações educativas em saúde voltada às necessidades dos usuários do ambulatório de forma a potencializar o autocuidado.

ABSTRACT

Objective: To describe knowledge and practices performed by people with venous ulcers in the care of injuries.

Methods: A descriptive study with a qualitative approach, carried out with eleven patients undergoing treatment of venous ulcers in an Outpatient Stomatherapy Service in Brasília, Federal District. Data collection was carried out between April and May 2019 through semi-structured interviews, which were recorded and later transcribed in full. The data were submitted to thematic content analysis.

Results: Most were female and over sixty years old. Three categories emerged from the content analysis of the interviews: general knowledge and practices in ulcer self-care; myths and beliefs that permeate self-care; and difficulties experienced during ulcer care.

Conclusion: This study unveiled the knowledge, practices and also beliefs that patients with venous ulcers have about vascular disease and the wound healing process, which provide better guidance in the planning and development of educational health actions aimed at the needs of outpatient users in order to enhance self-care.

RESUMEN

Objetivo: Describir el conocimiento y las prácticas realizadas por personas con úlceras venosas en el cuidado de lesiones.

Métodos: Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con once pacientes sometidos a tratamiento de úlceras venosas en un Servicio de Estomatoterapia ambulatorio en Brasília, Distrito Federal. La recopilación de datos se realizó entre abril y mayo de 2019 a través de entrevistas semiestructuradas, que se registraron y luego se transcribieron en su totalidad. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático.

Resultados: La mayoría eran mujeres y mayores de sesenta años. Del análisis de contenido de las entrevistas surgieron tres categorías: conocimiento general y prácticas en el autocuidado de úlceras; mitos y creencias que impregnan el autocuidado; y dificultades experimentadas durante el cuidado de la úlcera.

Conclusión: Este estudio reveló el conocimiento, las prácticas y también las creencias que los pacientes con úlceras venosas tienen sobre la enfermedad vascular y el proceso de curación de heridas, que proporcionan una mejor orientación en la planificación y el desarrollo de acciones educativas de salud dirigidas a las necesidades de los usuarios del ambulatorio para mejorar el autocuidado.

¹Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

²Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Como citar:

Vieira IC, Franzoi MA. Cuidar de lesão crônica: saberes e práticas de pessoas com úlcera venosa. *Enferm Foco*. 2021;12(3):454-60.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3515

INTRODUÇÃO

A úlcera venosa (UV) apresenta etiologia e fisiopatologia intimamente relacionada com a hipertensão venosa crônica, a qual é causada pela insuficiência venosa crônica e é originada por um ou mais fatores como obstrução venosa, incompetência valvular e falência do músculo gastrocnêmio.⁽¹⁾

Geralmente, a UV se manifesta no terço inferior dos membros inferiores e apresenta como sintomas frequentes a sensação de peso, dor e prurido nas pernas; a cicatrização pode evoluir de seis semanas a vários anos e apresentar elevada taxa de recidiva.⁽¹⁾

As úlceras venosas são mais comuns em mulheres e em idosos - a idade avançada é um dos principais fatores de risco primários, para além da obesidade, úlcera prévia, trombose venosa profunda e flebite.⁽²⁾

Estima-se que a UV afeta 1% da população geral e que a sua prevalência aumenta para 4% em pacientes com mais de 80 anos.⁽³⁾ No Brasil, os registros epidemiológicos de incidência e prevalência de úlcera venosa são escassos;⁽⁴⁾ alguns autores estimam que aproximadamente 3% da população brasileira tenha úlcera de perna, dado que se eleva para 10% em pessoas com diabetes.⁽⁵⁾

Esse tipo de ferida requer atenção especial por exigir longo período de tratamento, afetar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, além de gerar perda de produtividade e um importante ônus financeiro aos serviços de saúde devido ao alto custo do tratamento.⁽⁶⁾

A abordagem à pessoa com UV requer uma terapêutica multidisciplinar que abrange ações farmacológica e educativa, visto que é indispensável atuar sobre a causa subjacente da ulceração e os fatores que a exacerbam a fim de promover a cicatrização e prevenir recidivas.⁽⁷⁾

A cicatrização de feridas é um processo dinâmico e multifacetado devido à complexidade dos eventos moleculares, celulares e dos fatores que a retardam.⁽⁸⁾ A dificuldade no reparo tecidual e as altas taxas de recidivas estão relacionadas principalmente à falta de conhecimento do paciente sobre sua doença e processo terapêutico.⁽⁹⁾

Dentre os profissionais de saúde envolvidos nas ações de educação, o enfermeiro desenvolve importante papel no processo educativo e tem as tecnologias educativas como fortes aliadas nesse processo de forma a estimular a participação ativa do paciente no próprio cuidado.⁽⁸⁾

É fundamental que o enfermeiro saiba que conhecimentos, aptidões, carências e preferências o seu paciente possui para então desenvolver ações educativas individualizadas, personalizadas, conscientes e bem informadas.⁽¹⁰⁾

Diante desse contexto, o presente estudo objetiva descrever saberes e práticas realizadas por pessoas com úlcera venosa no cuidado da lesão.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, referente à primeira etapa de um estudo metodológico, a saber, o diagnóstico situacional para direcionar o desenvolvimento de uma tecnologia educativa voltada a pessoas com úlcera venosa.

A amostra foi composta por onze pacientes diagnosticados com úlcera venosa em acompanhamento no SAEE/HUB. A seleção da amostra foi por conveniência, ou seja, não-aleatória, sendo para o tamanho amostral adotado o critério de saturação de dados.

O participante deveria ter idade igual ou superior a 18 anos; ser diagnosticado com úlcera venosa e estar em acompanhamento ou em processo de alta do serviço. Adotou-se como critério de exclusão participantes que apresentassem déficit cognitivo auto referido ou previamente diagnosticado que lhes compromettesse a entenderem e/ou responderem a entrevista.

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia do Hospital Universitário de Brasília (SAEE/HUB), localizado no Distrito Federal, especializado no atendimento aos portadores de feridas agudas e crônicas, estomias e incontinências.

A coleta de dados foi realizada, entre abril e maio de 2019, por meio de entrevista semiestruturada com base em roteiro elaborado especificamente para a pesquisa. A primeira parte do roteiro destinava-se à caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes, e a segunda parte apresentava questões norteadoras referentes ao tema do estudo em si, a saber: "Fale-me sobre o que você faz para cuidar e melhorar sua úlcera venosa"; Conte-me sobre suas dúvidas e as dificuldades para cuidar da sua úlcera"; "Fale-me sobre os cuidados necessários quando a úlcera fechar."

Os pacientes foram abordados pela pesquisadora no SAEE/HUB e responderam à entrevista verbalmente. As entrevistas, com duração de aproximadamente 10 minutos, foram gravadas em dispositivo de áudio digital para facilitar a obtenção do diálogo e evitar a perda de dados significativos e, posteriormente, foram transcritas na íntegra.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo de acordo com a proposta de Bardin, seguindo-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.⁽¹¹⁾

A pré-análise, chamada de "leitura flutuante", compreende a elaboração de hipóteses e objetivos da pesquisa,

além da aproximação do pesquisador com os dados coletados. Após a "leitura flutuante", o pesquisador escolhe um índice organizado em indicadores. Na exploração do material, codifica-se os dados, que são transformados sistematicamente em unidades de registro. O tratamento dos resultados compreende a codificação e a inferência, onde as informações pertinentes são destacadas e interpretadas.⁽¹¹⁾

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, sob número de parecer 3.269.869. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização para Utilização de Som e Voz, após serem devidamente informados sobre a pesquisa. Em todas as etapas foram observadas as normas e diretrizes previstas na Resolução nº CNS 466/2012.

RESULTADOS

Em relação ao perfil sociodemográfico dos pacientes entrevistados, verificou-se que mais da metade apresentava naturalidade Nordestina e tinha acima de 60 anos, sendo predominantemente do sexo feminino. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria apresentava Ensino Fundamental Completo.

No que tange à profissão/ocupação dos entrevistados, predominaram atividades com longos períodos em posição ortostática, a saber: do lar, doméstica, ambulante e técnica de enfermagem. A maioria dos pacientes declarou renda mensal entre um e três salários mínimos.

Em relação ao perfil clínico dos pacientes entrevistados, as comorbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica, depressão e anemia. Todos os pacientes negaram tabagismo e somente um referiu hábito de etilismo. Quanto ao acompanhamento médico, menos da metade relatou fazer acompanhamento com frequência.

Considerando a admissão no serviço e o tempo de existência da UV, a maioria dos pacientes fazia acompanhamento no serviço há menos de três anos – sendo o tempo mínimo três meses e o máximo sete anos – e eram acometidos pela UV há mais de três anos, sendo o tempo mínimo de surgimento três meses e o máximo, dezessete anos. O tempo de ocorrência de recidivas variou de um a doze meses após receber alta do serviço (média 4,3 meses).

Sobre as necessidades e dúvidas dos pacientes em relação aos cuidados com a UV, a partir da análise das entrevistas, emergiram três categorias temáticas detalhadas a seguir: práticas e saberes gerais no autocuidado da úlcera: do tratamento à prevenção de recidivas; mitos e crenças que perpassam o autocuidado; e dificuldades vivenciadas durante o cuidado com a úlcera.

Para preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificados com a letra "P" (paciente), seguido do número sequencial da ordem de entrevistas.

Práticas e saberes gerais no autocuidado da úlcera: do tratamento à prevenção de recidivas

Na primeira categoria, ao mencionar o autocuidado, os pacientes reportaram alguns cuidados diários que realizam em seus domicílios durante o tratamento da úlcera venosa, os quais inclusive foram referidos também para evitar situações de recidivas, entre os quais estão o uso da meia de compressão, repouso, proteção e cuidados com a pele:

"Uso meia compressiva 24 horas por dia, a meia já é minha amiga, só tiro na hora de dormir [...] e outro cuidado é com a pele, eu hidrato bastante com creme e óleo [...]" (P11)

"Depois do almoço eu sempre deito uns trinta minutos ou uma hora, sempre com a perna elevada pro sangue circular e desinchar o pé." (P3)

"Quando fechar, vou continuar fazendo repouso, colocar a perna pra cima e usar a meia direto; só tirar pra dormir." (P8)

Os pacientes destacaram que realizam exercícios de panturrilha ao longo do dia e que tentam controlar o peso para auxiliar no tratamento da úlcera:

"Fico fazendo exercícios de flexão e extensão com o pé durante o dia pra melhorar a circulação." (P10)

"[...] manter o peso, eu sinto que quando vou engordando começam as dores nas pernas, por causa do peso, né?" (P1)

Alguns pacientes relataram ainda que se automedicam quando sentem dor ou quando julgam necessário:

"Eu tomava antibiótico, mas por mim mesma." (P7)

"Eu uso Colagenase e Neomicina, esses eu uso direto." (P8)

Mitos e crenças que perpassam o autocuidado

A segunda categoria refere-se aos mitos e crenças relacionados à etiologia da úlcera venosa, a exemplo do contato com água suja, além de alimentos que acreditam serem prejudiciais no processo de cicatrização da úlcera como pimenta e outros condimentos, carne de porco, frutas cítricas e alguns tipos de peixe:

“Quando eu passei pela água suja na rua começou aquela alergia [...] eu não estou comendo fritura, não como doce, comer coisa frita piora a ferida.” (P6)

“Carne de porco eu não como porque o médico disse que é remoso, nem peixe de couro.” (P3)

“O quê eu evito comer por causa da ferida é pimenta [...] quando eu tomo suco de abacaxi começa a doer também.” (P9)

“Por causa da ferida, eu evito comer carne de porco, pimenta, coisa muito ácida e eu não uso tempero forte na comida [...]” (P10)

Dificuldades vivenciadas durante o cuidado com a úlcera

Sobre as dificuldades vivenciadas no cuidado da úlcera, os pacientes relataram impasses para realizarem de maneira confortável a própria higiene corporal, incômodo para calçar as meias de compressão, restrições com o vestuário por insatisfação com autoimagem corporal, além dos custos elevados com as meias:

“Tenho dificuldade pra tomar banho, tem que colocar o pé no saco [...]” (P1)

“A dificuldade que eu mais tenho tido é a de calçar a meia, porque eu sinto câimbra quando vou colocar.” (P10)

“Eu quero usar bermuda, mas eu acho feio usar na rua. Na rua é calça e vestido longo só.” (P11)

“A minha dificuldade é que a meia é muito cara e tem que usar até seis meses só, não dá não.” (P6)

DISCUSSÃO

Em relação ao perfil sociodemográfico dos pacientes entrevistados, mais da metade têm acima de 60 anos e são predominantemente do sexo feminino, o que corrobora com os dados encontrados na literatura que apontam para predominância de úlcera venosa no sexo feminino e em idosos.^(12,13)

Diferentemente de uma pesquisa recente,⁽¹⁴⁾ o nível de escolaridade da maioria dos pacientes entrevistados é o ensino fundamental completo, o que propicia melhor compreensão e assimilação sobre os cuidados com a UV.⁽¹⁵⁾ É essencial que o enfermeiro conheça o nível de escolaridade dos pacientes sob seus cuidados para direcionar adequadamente suas orientações e personalizar o cuidado prestado.⁽¹⁴⁾

Quanto à profissão/ocupação dos pacientes entrevistados, há semelhanças com outros estudos nos quais também predominaram atividades com longos períodos em posição ortostática e curto período de descanso,

considerados fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão venosa nos membros inferiores e posteriormente para o surgimento de úlcera venosa.^(16,17)

Em relação aos hábitos prévios, todos os pacientes negaram tabagismo e somente um referiu hábito de etilismo. É importante considerar que esses dados nem sempre refletem o real hábito dos pacientes, já que muitos ficam reacios de relatar ao profissional de saúde que fumam e/ou consomem bebida alcoólica. É pertinente esclarecer ainda que esses hábitos prejudicam o processo cicatricial e, portanto, devem ser totalmente desencorajados nos pacientes com UV.⁽¹⁸⁾

O tempo de ocorrência de recidivas variou de um a doze meses após receber alta do serviço, frequência também encontrada em outros estudos.^(12,16) Grande parte das recidivas ocorre nos primeiros três meses após a cicatrização; nesse período, é crucial que se tenha um acompanhamento rigoroso visando a prevenção de uma nova úlcera.⁽¹⁶⁾

Acredita-se que a principal causa das recidivas é a não-adesão às medidas preventivas como, por exemplo, o uso da meia de compressão após a cicatrização,⁽¹³⁾ decorrente da falta de conhecimento ou má orientação por parte dos profissionais de saúde.⁽¹²⁾

O manejo da hipertensão venosa e a redução do edema são a base do tratamento da úlcera venosa. As três medidas principais para o controle do edema são a elevação do membro inferior, a deambulação e a implementação de terapia compressiva,⁽¹⁹⁾ as quais foram referidas como práticas e saberes de autocuidado adotados pelos pacientes. O tratamento da UV ainda engloba incentivo à atividade física, cuidados com a pele e higiene, nutrição adequada e redução da obesidade.⁽³⁾

Apesar das meias de compressão terem seu uso limitado pela dificuldade dos pacientes em calçá-las sobre a cobertura, representam um benéfico e adequado método para manter compressão externa e prevenir o desenvolvimento da úlcera.⁽²⁰⁾

De acordo com a *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*,⁽²¹⁾ as meias devem ser trocadas por novas no período de 3 a 6 meses para garantir compressão adequada, saber que apesar de ser reportado por um dos pacientes não é aplicado devido ao ônus financeiro que acarreta para sua realidade.

A automedicação, citada por alguns participantes da pesquisa, é uma prática comum no pacientes com úlcera venosa, especialmente durante quadro álgico.⁽²²⁾ A automedicação pode produzir efeitos adversos no processo de cicatrização e até mesmo tardar a busca do paciente pela assistência adequada de um profissional de saúde.⁽²³⁾

Os hábitos alimentares incluem uma série de mitos e crenças que levam o paciente a restringir alguns alimentos que acreditam interferir na cicatrização da ferida. Dentre esses mitos e crenças, o mais popular refere-se aos alimentos considerados “remosos”⁽²⁴⁾

No consenso popular, comidas “remosas” são aquelas provenientes de carne de porco, carne gordurosa bovina e frutos do mar, como caranguejo, camarão e peixes de pele e couro, que não devem ser consumidas por pessoas com ferimentos na pele sob o risco de aumentar os danos teciduais e o processo inflamatório local. Para os pacientes, a gordura existente na pele desses animais e a sujidade que eles carregam interferem na cicatrização.⁽²⁵⁾

Pesquisadores propuseram uma hipótese para o mecanismo fisiopatológico destes alimentos remosos sobre o processo de cicatrização e inflamatório, levando-se em consideração a imunidade inata ou hipersensibilidade imediata em decorrência da elevada presença de micro-organismos decompositores, produtos tóxicos e componentes celulares nos tecidos desses animais resistentes ao cozimento. Apesar disso, a ação dos alimentos “remosos” sobre um tecido lesado ainda necessita de estudos que comprovem cientificamente sua fisiopatologia.⁽²⁶⁾

Uma alimentação balanceada, sem excessos de qualquer natureza, favorece uma cicatrização bem sucedida. Algumas evidências atuais indicam que dietas hipercalóricas e ricas em gorduras saturadas, como as presentes nos alimentos “remosos”, seriam desfavoráveis ao processo de cicatrização, quando utilizadas de forma recorrente.⁽²⁷⁾

Vários nutrientes estão envolvidos no processo de cicatrização de uma lesão, dentre esses os mais importantes são as proteínas, calorias, lipídios, líquidos, vitaminas A, B, C e E, além de minerais como zinco, ferro e cobre; a deficiência de nutrientes importantes causa atrasos e complicações no processo de cicatrização.⁽²⁸⁾

Alguns pacientes também relataram não consumir frutas cítricas por acreditarem que elas fazem “arder” a ferida. No entanto, um dos nutrientes fundamentais envolvidos no processo de cicatrização é a vitamina C, presente em frutas cítricas. A vitamina C contribui na resposta imunológica, na síntese de colágeno e na integridade da parede capilar.⁽²⁸⁾

É importante que o paciente com insuficiência venosa mantenha o peso adequado, visto que o sobrepeso e a obesidade são um fator de risco para a insuficiência venosa, além de predispor ao desenvolvimento de lesões cutâneas e retardarem o processo cicatricial.⁽²⁹⁾

Ter uma ferida crônica é uma condição que influencia na vida social, emocional, física e financeira dos pacientes. O cotidiano dos pacientes com úlcera venosa é voltado para

os cuidados da lesão; muitos possuem dificuldades em adquirir o material para a troca de curativo devido ao alto custo e se incomodam com as alterações físicas decorrentes da úlcera venosa. Essas repercussões sociais, emocionais, físicas e financeiras acabam interferindo diretamente na rotina e no bem-estar das pessoas que convivem com uma ferida crônica.⁽³⁰⁾

A úlcera venosa, por ser localizada em uma região do corpo muito visível, pode ocasionar estigmas, isolamento e perda da autoestima. As pessoas com esse tipo de ferida enfrentam alteração na imagem corporal, prejuízos na mobilidade, déficit no autocuidado, dificuldades para realizar atividades simples do dia a dia, presença de dor e desconforto que impactam negatividade na qualidade de vida.⁽³¹⁾

É importante destacar a necessidade de profissionais qualificados para prestarem os cuidados adequados às pessoas com úlcera venosa, uma vez que avaliar e garantir a qualidade de vida é tão importante quanto o cuidado direto à ferida.⁽³²⁾

O enfermeiro estomaterapeuta possui conhecimento, habilidade e competência para gerenciar o cuidado de feridas e lesões com melhores repercussões nos indicadores de saúde quando comparado ao cuidado de enfermeiros generalistas.⁽³³⁾ Porém, mais do que primar por uma assistência especializada, o enfermeiro deve realizar o cuidado de enfermagem de forma ética e moral, repensando a sua responsabilidade individual e institucional, avaliando, transformando e inovando ações e condições de trabalho.⁽³⁴⁾

A investigação realizada restringe-se ao contexto de apenas um serviço especializado de estomaterapia de um hospital de ensino do Distrito Federal, e, portanto, não deve ser generalizada, pois não necessariamente representa a realidade de pacientes de outras instituições de saúde e estados do Brasil.

O estudo permitiu identificar as práticas, saberes e crenças de pacientes em relação ao autocuidado com a úlcera venosa de forma a subsidiar a fase seguinte da pesquisa metodológica em andamento, a saber: a construção de uma tecnologia educativa em saúde.

Ademais, os resultados contribuem para a reflexão de se realizar um cuidado centrado nas pessoas com úlcera venosa, levando-se em conta conhecimentos, práticas e até mesmo crenças que os pacientes possuem, a fim de planejar ações educativas efetivas e que vão de encontro às reais necessidades do público-alvo.

CONCLUSÃO

O estudo revelou os saberes, práticas e até mesmo crenças que os pacientes com úlcera venosa apresentam a respeito

da doença vascular e do processo de cicatrização da lesão, essenciais para direcionar o planejamento e desenvolvimento de uma tecnologia educativa em saúde voltada às necessidades dos usuários do ambulatório de forma a potencializar o autocuidado. A abordagem à pessoa com úlcera venosa requer uma terapêutica multidisciplinar, sendo imprescindível que o enfermeiro identifique os conhecimentos e as dificuldades de seus pacientes, bem como elabore ações educativas que visem a superação de tais carências. Espera-se que esse estudo sirva de incentivo para

que enfermeiros priorizem o cuidado centrado no paciente a fim de planejarem ações educativas efetivas que levem em consideração as reais demandas e dúvidas do público-alvo sob seus cuidados.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e final do manuscrito: Isabelly Christina Gomes Vieira, Mariana André Honorato Franzoi.

REFERÊNCIAS

- Harding K, Dowsett C, Fias L, Jelnes R, Mosti G, Rut Öien, et al. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. *Int Wound J*. 2015;1:28.
- Lim CS, Baruah M, Bahia SS. Diagnosis and management of venous leg ulcers. *BMJ*. 2018;362:k3115.
- Bohler K. Venous ulcer. *Wien Med Wochenschr*. 2016;166(9-10):287-92.
- Borges LM, Santos CM, Soares MR. Modelo ABC para o manejo da úlcera venosa de perna. *Estima*. 2017;15(3):182-7.
- Silva FA, Freitas CH, Jorge MS, Moreira TM, Alcântara MC. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(6):889-93.
- Costa IK, Dantas DV, Melo GS, Tibúrcio MP, Medeiros LP, Torres GV. Protocol of assistance to persons with venous ulcer in primary care: integrative literature review. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2017;9(2):566-74.
- Benevides JL, Coutinho JF, Pascoal LC, Joventino ES, Martins MC, Gubert FA, et al. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):306-12.
- Colares CM, Luciano CC, Neves HC, Tipple AF, Galdino Júnior H. Cicatrização e tratamento de feridas: a interface do conhecimento à prática do enfermeiro. *Enferm Foco*. 2019;10(3):52-8.
- Osmarin VM, Bavaresco T, Lucena AF, Echer IC. Clinical indicators for knowledge assessment of venous ulcer patients. *Act Paul Enferm*. 2018;31(4):391-8.
- Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Proqualis). Simplificando o cuidado centrado na pessoa – o que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Guia Rápido. Proqualis, Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2016 [cited 2019 Nov 20]. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
- Liberato SM, Araújo RO, Souza AJ, Marconato AM, Costa IK, Torres GV. Adesão ao tratamento de pessoas com úlceras venosas atendidas na atenção primária à saúde. *Aquichan*. 2017;17(2):128-39.
- Cardoso LV, Godoy JM, Godoy MF, Czorny RC. Compression therapy: Unna boot applied to venous injuries: an integrative review of the literature. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03394.
- Silva MH, Jesus MC, Tavares RE, Caldeira EA, Oliveira DM, Merighi MA. Experience of adults and older people with adherence to venous ulcer care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180024.
- Oliveira BG, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no ambulatório de reparo de feridas. *Rev Eletr Enf*. 2012;14(1):156-63.
- Borges EL, Ferraz AF, Carvalho DV, Matos SS, Lima VL. Prevention of varicose ulcer relapse: a cohort study. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):9-16.
- Silva DC, Budó ML, Schimith MD, Ecco L, Costa IK, Torres GV. Experiences constructed in the process of living with a venous ulcer. *Cogitare Enferm*. 2015;20(1):13-9.
- Hussain SM. A comparison of the efficacy and cost of different venous leg ulcer dressings: a retrospective cohort study. *Int J Vasc Med*. 2015;1-6.
- Pascarella L, Shortell CK. Medical management of venous ulcers. *Semin Vasc Surg*. 2015;28(1):21-8.
- Health Quality Ontario. Compression stockings for the prevention of venous leg ulcer recurrence: a health technology assessment. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2019;19(2):1-86.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. Mount Laurel: WOCN; 2019.
- Silva DC, Budó ML, Schimith MD, Salvetti MG, Torres GV. Personal pain relief strategies used by venous ulcer patients. *Rev Dor*. 2015;16(2):86-9.
- Silva DC, Budó ML, Schimith MD, Durgante VL, Rizzatti SJ, Ressel LB. The therapeutic journey of people with venous ulcers in outpatient care. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3):722-30.
- Lopes TM, Brito AC, Corrêa CP, Rocha DS, Caldas EM, Martins JF, et al. Enfermagem, alimentos "reimosos" e o atendimento transcultural à população ribeirinha amazônica: um relato de experiência. *Ver Eletrônica Acervo Cient*. 2019;4:e349.
- Alcoforado CL, Santo FH. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul, Acre. *Rev Min Enferm*. 2012;16(1):11-7.
- Brito Júnior LC, Estácio AG. Food taboos in medicine: a hypothesis for pathophysiology regarding harmful food. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(3):213-6.

27. Mussy JH, Corrêa AC, Yokoyama LT, Silveira EL, Kietzer KS, Domingues RJ. Cicatrização de ferimentos incisionais em ratos submetidos a alimentação com carne suína. *Rev Para Med.* 2014;28(3):9-18.
28. Haughey L, Barbul A. Nutrition and lower extremity ulcers: causality and/or treatment. *Int J Low Extrem Wounds.* 2017;16(4):238-43.
29. Barber GA, Weller CD, Gibson SJ. Effects and associations of nutrition in patients with venous leg ulcers: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2017;74(4):774-87.
30. Teixeira AK, Silva LF, Silva AN, Fernandes SS, Oliveira AC, Freire ED, et al. Cuidado clínico de enfermagem à pessoa com Úlcera Venosa fundamentado na teoria de Imogene King. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2019;88(26).
31. Newbern S. Identifying Pain and Effects on Quality of Life from Chronic Wounds Secondary to Lower-Extremity Vascular Disease: An Integrative Review. *Adv Skin Wound Care.* 2018;31(3):102-8.
32. Oliveira AC, Rocha DM, Bezerra SM, Andrade EM, Santos AM, Nogueira LT. Quality of life of people with chronic wounds. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(2):194-201.
33. Borges EL. A atuação do enfermeira na estomatoterapia e a legislação brasileira: avanços e crescimentos da área. *Rev Enferm Cent-Oest Min.* 2016;6(2):1-2.
34. Freitas GF, Oguisso T, Fernandes MFP. Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem. *Enferm Foco.* 2010;1(3):104-8.

BOAS PRÁTICAS PARA MUDANÇA DO MODELO OBSTÉTRICO: O QUE PENSAM OS PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA?

GOOD PRACTICES FOR CHANGING THE OBSTETRIC MODEL: WHAT DO THE PRECEPTORS OF THE RESIDENCE THINK?

BUENAS PRÁCTICAS PARA CAMBIAR EL MODELO OBSTÉTRICO: ¿QUÉ PIENSAN LOS PRECEPTORES DE LA RESIDENCIA?

Elisabete Mesquita Peres de Carvalho¹

(<https://orcid.org/0000-0002-5140-0237>)

Leila Bernarda Donato Göttems²

(<https://orcid.org/0000-0002-2675-8085>)

Dirce Bellezi Guilhem¹

(<https://orcid.org/0000-0003-4569-9081>)

Descritores

Formação profissional; Preceptores; Obstetria; Parto normal; Prática clínica baseada em evidências

Descriptors

Professional training; Mentores; Obstetrics; Natural childbirth; Evidence-based practice

Descriptores

Capacitación profesional; Mentores; Obstetria; Parto normal; Prática clínica basada en la evidencia

Recibido

2 de Maio de 2020

Aceito

26 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído da tese de doutorado "O processo de formação de enfermeir@s e médic@s na modalidade residência obstétrica a partir da percepção dos preceptores", apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente

Elisabete Mesquita Peres de Carvalho
E-mail: elisabete_mpc@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar, a partir do ponto de vista dos preceptores, como o processo de formação na modalidade residência aborda as boas práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto normal.

Métodos: Estudo qualitativo, exploratório-descritivo realizado com trinta e cinco preceptores, sendo 14 enfermeiros e 21 médicos que atuam nos serviços de obstetria da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Os dados foram coletados entre março a junho de 2018 por meio de entrevistas e analisadas de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin com o suporte dos Software NVivo®.

Resultados: Foram identificadas cinco categorias temáticas: abordagem das boas práticas de atenção ao parto normal; práticas desnecessárias que permanecem; normas e rotinas na assistência ao parto normal; processos de trabalho no cenário da residência e, busca e atualização das evidências para o ensino das boas práticas clínicas.

Conclusão: O estudo evidenciou a necessidade de reorganização do cenário de ensino dos programas de residência com ações contínuas e direcionadas ao fortalecimento dos processos pedagógicos de forma a ampliar o potencial disruptivo dos novos profissionais de saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze, from the point of view of the preceptors, how the training process in the residency modality addresses the good practices recommended by the national and international guidelines for assistance in normal childbirth.

Methods: Qualitative, exploratory-descriptive study carried out with thirty-five preceptors, 14 nurses and 21 doctors who work in the obstetrics services of the State Department of Health of the Federal District. Data were collected between March and June 2018 through interviews and analyzed according to Bardin's Content Analysis with the support of NVivo® Software.

Results: Five thematic categories were identified: addressing good practices in care for normal childbirth; unnecessary practices that remain; norms and routines in the assistance to normal childbirth; work processes in the residency setting, and search and update the evidence for teaching good clinical practices.

Conclusion: The study showed the need to reorganize the teaching scenario for residency programs with continuous actions aimed at strengthening the pedagogical processes in order to expand the disruptive potential of new health professionals.

RESUMEN

Objetivo: Analizar, desde el punto de vista de los preceptores, cómo el proceso de capacitación en la modalidad de residencia aborda las buenas prácticas recomendadas por las directrices nacionales e internacionales para la asistencia en el parto normal.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio descriptivo realizado con treinta y cinco preceptores, 14 enfermeras y 21 médicos que trabajan en los servicios de obstetricia del Departamento de Salud del Estado del Distrito Federal. Los datos se recopilaron entre marzo y junio de 2018 a través de entrevistas y se analizaron de acuerdo con el Análisis de contenido de Bardin con el soporte del software NVivo®.

Resultados: Se identificaron cinco categorías temáticas: abordar las buenas prácticas en la atención del parto normal; prácticas innecesarias que quedan; normas y rutinas en la asistencia al parto normal; procesos de trabajo en el entorno de residencia, y buscar y actualizar la evidencia para enseñar buenas prácticas clínicas.

Conclusión: El estudio mostró la necesidad de reorganizar el escenario de enseñanza para los programas de residencia con acciones continuas dirigidas a fortalecer los procesos pedagógicos para expandir el potencial disruptivo de los nuevos profesionales de la salud.

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

²Faculdade de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Como citar:

Carvalho EM, Göttems LB, Guilhem DB. Boas práticas para mudança do modelo obstétrico: o que pensam os preceptores da residência? *Enferm Foco*. 2021;12(3):461-8.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3687

INTRODUÇÃO

A formação profissional em saúde no Brasil tem sido historicamente norteada pelo modelo tradicional, tecnocrático e médico-centrado. Reforça-se a fragmentação do cuidado em saúde, no qual se prioriza a superespecialização e a sofisticação dos procedimentos, ignorando estratégias pedagógicas fundamentadas no ensino problematizado na construção do saber coletivo.^(1,2) Para que ocorram mudanças neste modelo, é preciso considerar que os formadores apresentam possibilidades e limites, como seres históricos e inacabados que sofrem condicionamentos provocados pelo contexto sociocultural e econômico ao qual pertencem e pertencem, ao mesmo tempo em que desenvolvem forte potencial para a mudança.⁽³⁾

Atualmente, o Brasil apresenta um modelo de atenção ao parto caracterizado pelo uso excessivo de intervenções obstétricas e neonatais. Melhorar a qualidade da assistência obstétrica, especialmente do atendimento ao parto e nascimento com a consequente redução da morbimortalidade materna, é um dos desafios dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para os anos de 2016 a 2030.^(4,5) A prática clínica baseada em evidências científicas baseia-se nos mais recentes estudos para orientar o cuidado e a segurança da paciente, sendo considerada uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade da assistência obstétrica.⁽⁶⁾

Entende-se que nem sempre é um processo fácil encorajar os profissionais de saúde a mudar as intervenções de rotina de acordo com novas práticas legitimadas por esses estudos.⁽⁷⁾ No entanto, iniciativas do Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de qualificação desse modelo, baseadas no uso apropriado da tecnologia aliadas à mobilização social, vêm buscando modificar essa situação.⁽⁸⁾

Dentre os programas, políticas e estratégias criados e implementados nos serviços de saúde a partir da década de 1980, pode-se elencar o Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher – PAISM, considerado um programa de referência ao superar a perspectiva materno-infantil e tratar a mulher para além da sua especificidade reprodutiva, abrangendo as necessidades e demandas em todas as fases e ciclos de vida.⁽⁹⁾

O relatório técnico *Assistência ao parto normal: um guia prático* publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e orientado pelo MS, aborda questões de assistência ao parto normal, incluindo a necessidade de resgate do parto como um evento natural, a utilização de práticas baseadas nas melhores evidências científicas e o acesso às tecnologias apropriadas de atenção ao parto.⁽¹⁰⁾ O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento,

propôs a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção, o olhar para a integralidade da assistência e a afirmação dos direitos da mulher, incorporadas como diretrizes institucionais.⁽¹¹⁾

Em 2011, o MS apresentou a Rede Cegonha com o objetivo de promover a implantação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento. Para tal, foram desenvolvidas ações de ampliação e melhoria do planejamento reprodutivo, gravidez, parto/nascimento e puerpério. A estratégia também promoveu o aumento da oferta de cursos de residência e especialização nas áreas da saúde da mulher e da criança, especialmente para a enfermagem obstétrica.^(11,12) Os resultados da implantação da Rede Cegonha já podem ser sentidos e visualizados nas práticas assistenciais e realçam um aumento significativo do acesso à tecnologia apropriada ao parto e nascimento entre os anos de 2011 e 2017, com aumento da proporção de uso de práticas benéficas e redução de práticas consideradas prejudiciais.⁽¹²⁾

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal é o mais recente documento publicado pelo MS com o objetivo de qualificação do modo de nascer no Brasil.⁽¹³⁾ Embora o Brasil tenha editado políticas, programas e estratégias, a partir da década de 1980, a implementação nos serviços de saúde ainda é uma agenda incompleta, demonstrada pelas taxas elevadas de cesarianas, acima de 55%, a segunda maior do mundo, perdendo apenas para a República Dominicana. Muito dispar quando comparada com a taxa de 20% da Europa e de 30% do Estados Unidos e, preocupante tendo em vista, que a comunidade científica internacional considera que a taxa ideal de cesáreas fique entre 10% e 15%.⁽¹⁴⁾

Assim, este estudo aborda um dos fatores que contribui para a preservação deste problema, que é a formação dos profissionais que atuam na atenção à gestação, parto e nascimento. Parte-se da premissa que o processo educativo é essencialmente social, relacional, comunicativo e político.⁽¹⁵⁾ Busca-se, portanto, investigar as potencialidades e limites da formação adequada para a mudança do modelo obstétrico e para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, com a questão norteadora: “Como é conduzido o processo de formação, na modalidade *residência*, de forma a reduzir as intervenções desnecessárias e implementar as práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto normal?”. Tem como objetivo, analisar, a partir do ponto de vista dos preceptores, como o processo de formação na modalidade *residência* aborda as boas práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto normal.

MÉTODOS

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

A pesquisa foi realizada nos serviços de obstetrícia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), sendo sete hospitais e uma casa de parto.

Os participantes foram médicos (as) e enfermeiros (as) que atuam como preceptores nos serviços que desenvolvem programa de residência na SES/DF. Os critérios de seleção foram: ser médico e/ou enfermeiro, atuar como preceptor dos cursos de residência e aceitar participar da pesquisa. Foram convidados preceptores dos oito serviços, o que caracteriza a amplitude da pesquisa. Participaram 35 preceptores, sendo 14 enfermeiros(as) e 21 médicos(as).

A amostra foi não probabilística e adotou critérios de conveniência.⁽¹⁶⁾ Utilizou-se, como parâmetro da saturação amostral, o esgotamento de novos assuntos no discurso dos respondentes.⁽¹⁷⁾

A coleta de dados foi realizada entre março e junho de 2018. As entrevistas individuais foram agendadas previamente, conforme disponibilidade do participante, e tiveram duração média de trinta minutos. Foram gravadas no local de trabalho do preceptor e posteriormente transcritas. Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizada entrevista-piloto para verificar se o instrumento contemplava as informações necessárias à pesquisa ou se necessitava de ajustes.

O roteiro foi elaborado pelas pesquisadoras e abordaram questões sobre o ensino das boas práticas, normas escritas utilizadas na assistência ao parto, e o processo de educação permanente dos preceptores em relação a busca e atualização das evidências científicas na prática clínica obstétrica, além dos dados de identificação do participante. As entrevistas foram enviadas por correio eletrônico para validação por parte dos participantes.

A opção metodológica-analítica para a interpretação dos dados produzidos pelas entrevistas foi a análise de conteúdo de Bardin.⁽¹⁸⁾ Para a análise dos dados foram realizadas leituras consecutivas das verbalizações, com recortes do conteúdo do texto e estruturação das informações colhidas.

As transcrições foram feitas logo após o término das entrevistas, com o objetivo de captar os elementos importantes, inclusive não verbais, percebidos pelo pesquisador durante a entrevista e que pudessem auxiliar no processo de análise. Os textos das entrevistas, depois de transcritos, foram importados para o Software Nvivo.

A partir das entrevistas armazenadas no Nvivo, realizou-se o primeiro processo de codificação. Toda codificação no Nvivo (ou seja, indicador, categoria etc.) tem o nome de

“Nó”. O discurso de cada entrevistado foi codificado como um Nó, cada qual identificado como “E1”, “M1” e assim por diante, contendo apenas o conteúdo da fala do entrevistado, sem as perguntas ou intervenções do entrevistador.

Foi efetuada a anonimização dos respondentes, ocultando-se toda e qualquer referência que pudesse favorecer a identificação do entrevistado.⁽¹⁹⁾ Todos os participantes foram referenciados pela categoria profissional (M=médico e E=enfermeiro), seguido de número cardinal (E1 ou M1 e assim sucessivamente).

Durante a fase da pré-análise, optou-se por criar uma nuvem de palavras (recurso do Nvivo) com as falas dos entrevistados para cada categoria temática identificada. Também foram analisadas as tabelas quantitativas de frequências geradas pelo software, tanto para cada entrevistado como para a totalidade dos participantes. As nuvens de palavras e as tabelas quantitativas possibilitaram levantar algumas suposições que foram anotados para o momento da análise de conteúdo.

Após a criação das primeiras informações, procedeu-se à exploração do material com a realização das leituras exaustivas das transcrições, buscando-se a síntese das ideias centrais que permitiu a identificação das “unidades de registro” e geração dos núcleos de sentido, os chamados “Nós”.

As temáticas de análise foram estruturadas com base no objetivo da pesquisa, na questão norteadora e na fundamentação teórica. Com os dados codificados e organizados em temas, foi iniciado o tratamento dos resultados para sua posterior interpretação à luz da fundamentação teórica. O *software* NVivo® não executa qualquer tipo de análise nesse sentido, apenas reúne as categorias de modo rápido, facilitando a tarefa de comparação dos dados.

Todos os caminhos metodológicos desse estudo obedeceram às normas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP/SES/DF sob o Parecer Nº 2.166.900 de 10 de julho de 2017.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

Dentre os participantes (n=35), 40% são enfermeiros e 60%, médicos. Com relação ao sexo, 74,28% são do sexo feminino e 25,72% do sexo masculino. A média de idade foi de 45 anos, sendo a média do tempo de formado de 20 anos e do tempo de atuação na preceptoria, 8 anos. A partir da análise dos dados surgiram cinco categorias: abordagem das boas práticas de atenção ao parto e nascimento;

práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto; normas e rotinas na assistência ao parto normal; processos de trabalho no cenário da residência obstétrica; e, busca pela atualização das evidências científicas na prática clínica obstétrica.

Abordagem das boas práticas de atenção ao parto normal

Buscou-se identificar como as boas práticas são ensinadas no programa de residência, o que é abordado, como é abordado, por quem são utilizadas. Bem como, identificar quais práticas demonstrativamente úteis são mais utilizadas no serviço.

“A gente aborda em todos os momentos, nas aulas teóricas e durante a prática, todas as vezes que a gente presta assistência, a gente utiliza as boas práticas e vai passando isso para os residentes.” (E3)

A tabela 1 representa a quantificação das respostas em ordem de recorrência sobre as principais práticas demonstrativamente úteis citadas pelos respondentes.

Tabela 1. Principais práticas demonstrativamente úteis citadas pelos respondentes

Práticas demonstrativamente úteis	Frequência	
	Enfermeiros n(%)	Médicos n(%)
Métodos não farmacológicos de alívio da dor	14(100,0)	13(61,9)
Presença do acompanhante	11(78,5)	16(76,1)
Deambulação	13(92,8)	8(38,0)
Liberdade de posição e movimento	11(78,5)	8(38,0)
Clampamento oportuno do cordão/contato pele a pele/ amamentação na primeira hora pós-parto	5(35,7)	8(38,0)
Posições alternativas no parto	8(57,1)	4(19,0)
Alimentação e líquidos durante o trabalho de parto	5(35,7)	9(42,8)
Apoio/Suporte	6(42,8)	3(14,3)

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor foram os mais citados tanto pelas enfermeiras como pelos médicos. Eles citaram a massagem, os exercícios respiratórios, o banho morno relaxante, o uso da bola e do cavalinho como práticas mais comuns utilizadas no manejo do parto.

Práticas desnecessárias que permanecem na atenção ao parto normal

A intenção foi verificar quais práticas foram abolidas e quais permanecem na assistência ao parto. As palavras com o maior índice de recorrência foram: depende bastante do plantão, episiotomia (Figura 1).

Cabe destacar que na configuração da nuvem de palavras, foi definido que as palavras incluídas seriam àquelas com sete letras ou mais. Assim, no tocante a episiotomia,



Figura 1. Nuvem de palavras de todos os entrevistados sobre a temática “Práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto”

os relatos foram para enfatizar a diminuição ou não utilização de forma rotineira dessa prática no serviço. Os entrevistados apontaram as seguintes práticas:

“O episódio já é muito raro você ver episódio aqui, então, assim, avançou muito.” (M15)

“É muito difícil, realmente, num cenário de ensino, que não haja uma quantidade maior de toques, porque você está num processo de ensino (...). Então, invariavelmente, num serviço com esse perfil, acaba sendo um número maior de toques do que o previsto em relação às boas práticas.” (M4)

Normas e rotinas na assistência ao parto normal

Procurou-se identificar a existência, no serviço, de normas descritas direcionadas à assistência ao parto. Na nuvem, a palavra com o maior índice de recorrência foi: protocolo (Figura 2).

“Não. Agora, com essa demanda do Apice On, é que os hospitais estão começando a fazer um trabalho mais voltado pra isso.” (E7)

“Está em processo de elaboração, quase pronto. Mas, ainda não existe.” (M19)

“A gente deixa as normas do Ministério da Saúde, que são normas escritas (...) para orientar e nortear os serviços públicos, então a gente não precisa reinventar a roda.” (M5)

boas práticas de atenção ao parto normal pelos preceptores da enfermagem neste estudo corrobora com os resultados de um estudo realizado com residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, constatou-se que demonstraram possuir embasamento teórico e humanização para apropriar de evidências científicas e usá-las para o emprego de métodos não farmacológicos para alívio da dor.⁽²⁰⁾ O fato de que a Enfermagem Obstétrica lança mão dessa estratégia com mais frequência contribui como fator facilitador para uma vivência menos traumática do trabalho de parto, entendendo que essas práticas fazem parte do cuidado obstétrico fornecido por essa categoria profissional, embora não sejam restritos a ela.⁽²¹⁾

Para Leal et al.⁽¹²⁾ a presença da enfermeira obstetra na equipe de atenção ao parto está associada a mais acesso às boas práticas recomendadas pela OMS, consequentemente a melhores resultados no trabalho de parto e parto; redução de intervenções desnecessárias, inclusive cesarianas; aumento da satisfação das mulheres com o atendimento recebido e melhores resultados perinatais. A literatura científica traz, de forma ampla, muitas evidências que apoiam a importância da boa preceptoría na obstetrícia. O sucesso para esse alinhamento depende da habilidade do preceptor, que deve transcender o conhecimento técnico para um atendimento humanizado, seguro, adequado e oportuno.⁽²²⁻²⁴⁾

Na categoria práticas desnecessárias que permanecem, verificou-se que a utilização de tais práticas “depende bastante do plantão”, que romper com a assistência intervencionista é um processo de emancipação para todos os profissionais que atuam na obstetrícia. Estudos mostram que o uso de intervenções desnecessárias se constitui em uma questão de segurança da paciente. Sabe-se comprovadamente que intervenções desnecessárias realizadas sem indicação prejudicam a progressão natural do trabalho de parto e cursam com iatrogenias.^(6,25) Muito já se avançou em relação a utilização das Boas práticas, no entanto, por outro lado, muito precisa ser feito para a redução das práticas desnecessárias que ainda permanecem. A incorporação de valores de atendimento individualizado e respeitoso aos processos fisiológicos são essenciais para a alta qualidade dos cuidados prestados.⁽²⁶⁾

Na categoria normas e rotinas na assistência ao parto normal, mais de 50% dos preceptores relataram que desconhecem, no serviço, a existência de normas escritas direcionadas a assistência ao parto normal, o que corrobora a indefinição nos processos de trabalho da equipe. Segundo Leal,⁽¹²⁾ a baixa implantação de protocolos clínicos é relatada

mundialmente e pode estar associada às características do próprio protocolo clínico, do profissional de saúde, do paciente, do ambiente externo e à existência de incentivos e mecanismos regulatórios.

Apesar da diversidade de modelos de prestação de cuidados, o ponto de partida é o mesmo para todos os países: garantir que toda mulher, em qualquer lugar, seja colocada em um ambiente seguro. Cada serviço precisa de normas claras sobre os cuidados que devem ser prestados às mulheres no manejo do TP e parto. A implantação desses protocolos, visa à ampliação do acesso das parturientes às boas práticas assistenciais.^(6,7,27,28)

Na categoria processos de trabalho no cenário da residência ao parto, estes ainda não estão claramente desenhados, requer atenção na construção e ajustes de fluxos para a formalização desses processos. A falta de sistematização nos processos de trabalho no campo da vivência profissional de ambos os cursos aqui tratados é uma lacuna identificada e que precisa da sensibilidade dos gestores/preceptores do ensino-serviço para tratar tais gargalos. Isso porque o MS prega a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e de gestão, ou seja, a inseparabilidade entre o planejar e o fazer, entre produção de saúde e produção de sujeitos.⁽²⁹⁾

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal aprovadas pelo Ministério da Saúde, por meio de portaria, são diretrizes que devem ser adotadas pelos gestores, que tem a responsabilidade de estruturar a rede assistencial, definir os serviços de referência, estabelecer os fluxos para o atendimento em todas as etapas do cuidado. Essas diretrizes buscam subsidiar a avaliação sistemática por meio da informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento.

No contexto da formação, os processos de capacitação emergem da demanda por uma atualização contínua que resulte em profissionais ativos, capazes de grandes mudanças nas atividades pedagógicas e no ensino das Boas Práticas Clínicas. Assim sendo, a capacitação e a educação podem ser consideradas como os principais processos voltados ao crescimento e ao avanço organizacional, proporcionando um fórum de comunicação de novas estratégias, novos valores, novas ferramentas, além de novas e aperfeiçoadas formas de realizar o trabalho a que se propõem.⁽³⁰⁾

A busca e atualização das evidências científicas, segundo os preceptores é individual. No entanto, a Secretaria de Saúde tem ofertado anualmente fóruns para discussão e divulgação das boas práticas para os servidores, preceptores, estudantes e todos àqueles que desejam e/ou necessitam de informações sobre o manejo do parto e do trabalho

de parto. O I Fórum de Boas Práticas realizado em 2018 trouxe uma riqueza de conteúdos desenvolvidos por meio de Oficinas Temáticas. O II Fórum de Boas Práticas realizado em 2019 equiparou-se ao primeiro em conhecimento, inovação e aprofundamento das práticas seguras no parto.

Acredita-se que as limitações desse estudo estão relacionadas à não inclusão de preceptores de outras especialidades multiprofissionais que atuam no contexto da assistência ao binômio em âmbito hospitalar, como preceptores da neonatologia, anestesia, psicologia, serviço social, entre outros.

A contribuição está na evidencia de que o ensino das boas práticas na residência, ou seja, durante a formação de novos profissionais corrobora o processo de transição de modelos de atenção ao parto, principalmente quando se pensa no papel dos preceptores como educadores na promoção da humanização do cuidado e na redução de intervenções desnecessárias no cenário do parto e nascimento.

CONCLUSÃO

Segundo os preceptores, o tema das boas práticas obstétricas é abordado tanto na teoria quanto na prática. As preceptoras do curso de Enfermagem implementam na prática assistencial todo o aparato teórico que fundamenta as tecnologias leves utilizadas na produção da saúde. Em contraponto, ainda é um desafio por parte de alguns preceptores da Medicina a incorporação e ensino dessas práticas. Para os preceptores, a instituição oferece capacitações direcionadas à preceptoria, com foco nas metodologias ativas de ensino, mas não especificamente para obstetrícia. A busca e atualização

das evidências científicas na prática clínica obstétrica se dá por iniciativa própria. Como lacunas identificadas cita-se a ausência de normas e rotinas escritas direcionadas a assistência ao parto; a ausência de sistematização nos processos de trabalhos associada às disputas ideológicas do modelo assistencial, que constitui limitação para o desenvolvimento de competências essenciais dos residentes, principalmente da enfermagem. Considera-se importante o suporte institucional que permite o crescimento e aperfeiçoamento do profissional no cenário de ensino-serviço, de forma a oferecer melhores condições que permitam ao preceptor reformular a sua prática, com um suporte adequado. O ensino das diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto normal no processo de formação da residência cursa com processos humanizados e desmedicalizados de nascimento. Para tanto, evidencia-se a necessidade de reorganização do cenário de ensino dos programas de residência com ações contínuas e direcionadas ao fortalecimento dos processos pedagógicos de forma a ampliar o potencial disruptivo dos novos profissionais de saúde.

Agradecimentos

A Hygor Alessandro Firme Elias, Gerusa Amaral de Medeiros e Ana Lígia da Silva Sousa pela colaboração na fase de coleta de dados.

Contribuições

Todos as autoras contribuíram na concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

- Moraes BA, Costa NM. Understanding the curriculum the light of training guiding health in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(spe):9-16.
- Meneses JR, Ceccim RB, Martins GC, Meira IF, Silva VM. Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. In: *Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018.
- Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 57a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2018.
- United Nations. *Sustainable Development Goals*. New York: United Nations; 2015.
- Souza JP. Maternal mortality and development: the obstetric transition in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(12):533-5.
- Çalik KY, Karabulutlu Ö, Yavuz C. First do no harm-interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):415.
- Iravani M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrani M. Barriers to implementing evidence-based intrapartum care: a descriptive exploratory qualitative study. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(2):e21471.
- Portela MC, Reis LG, Martins M, Rodrigues JL, Lima SM. Obstetric care: challenges for quality improvement. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5):e00072818.
- Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PV, Aquino EM, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1915-28.
- Côrtes CT, Oliveira SM, Santos RC, Francisco AA, Riesco ML, Shimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e2988.
- Tsunechiro MA, Lima MO, Bonadio IC, Corrêa MD, Silva AV, Donato SC. Prenatal care assessment according to the Prenatal and Birth Humanization Program. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018; 18(4):771-80.

12. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BV, Silva LB, Thomaz EB, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(7):e00223018.
13. Santos RC. Implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo longitudinal. *Enferm Foco*. 2017;8(1):27-31.
14. Silva AP, Romero RT, Bragantine A, Barbieri AA, Lago MT. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;(24):e624.
15. Paula L, Mello R. A práxis histórica de Paulo Freire como fundamentação para as pesquisas sobre formação de educadores. *Reflex Ação*. 2018;26(1):6-23.
16. Vergara SC. *Projetos e relatórios de pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas; 2009.
17. Flick U. *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
19. Lima JL, Manini MP. Metodologia para análise de conteúdo qualitativa integrada à técnica de mapas mentais com o uso dos softwares Nvivo e Freemind. *Inf Inf*. 2017;21(3):63-100.
20. Feijão LB, Boeckmann LM, Melo MC. Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. *Enferm Foco*. 2017;8(3):35-9.
21. Alves TC, Coelho AS, Sousa MC, Cesar NF, Silva PS, Pacheco LR. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm Foco*. 2020;10(4):54-60.
22. Lukasse M, Lilleengen AM, Fylkesnes AM, Henriksen L. Norwegian midwives' opinion of their midwifery education—a mixed methods study. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):80.
23. Gismalla MD, Kaliya-Perumal AK, Habour AB, Mohammed ME. Does perception of clinical competency correlate with perception of training efficiency?. *J Med Educ*. 2017;16(4):221-6.
24. Campbell OM, Calvert C, Testa A, Strehlow M, Benova L, Keyes E, et al. The scale, scope, coverage, and capability of childbirth care. *Lancet*. 2016;388(10056):2193-208.
25. Maciel VS, Dornfeld D. The insertion of obstetric nurses in hospital childbirth assistance. *Enferm Foco*. 2020;10(4):148-52.
26. Symon A, Pringle J, Cheyne H, Downe S, Hundley V, Lee E, et al. Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016;16(1):168.
27. Koblinsky M, Moyer CA, Calvert C, Campbell J, Campbell OM, Feigl AB, et al. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *Lancet*. 2016;388(10057):2307-20.
28. Carvalho EM, Göttems LB, Guilhem DB. The training of obstetric physicians and nurses to change the obstetric model in Brazil: A view of the preceptors in the training process. *J Nurs Educ Pract*. 2020;10(11):15-23.
29. Silva FH, Barros ME, Martins CP. Experimentations and reflections on institutional support within healthcare: Study Starting from Humaniza SUS. *Interface*. 2015;19(55):1157-68.
30. Tasca JE, Ensslin L, Ensslin SR. The construction of a theoretical framework on performance evaluation of training programs. *Ensaio: Aval Pol Públ Educ*. 2013;21(79):203-38.

CONDIÇÕES ENVOLVIDAS NA REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

CONDITIONS INVOLVED IN THE PERFORMANCE OF TRACHEOSTOMY IN INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS

CONDICIONES QUE INTERVIENEN EN LA REALIZACIÓN DE LA TRAQUEOTOMÍA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Érica Pertussati¹

Miguir Terezinha Vieccelli Donoso¹

Selme Silqueira de Mattos¹

Lilian Kelly Barbosa Lima¹

Giovana Paula Rezende Simino¹

Bárbara Vieira Oliveira e Silva¹

(<https://orcid.org/0000-0002-6621-084X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5497-9520>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5102-5051>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0858-1869>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9814-3004>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6480-7466>)

Descritores

Traqueostomia; Respiração artificial;
Unidade de terapia intensiva

Descriptors

Tracheostomy; Respiration artificial;
Intensive care units

Descriptores

Traqueotomía; Respiración artificial;
Unidad de cuidados intensivos

Recebido

7 de Maio de 2020

Aceito

26 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Miguir Terezinha Vieccelli Donoso

E-mail: miguirdonoso@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar as condições envolvidas na realização de traqueostomia em pacientes em ventilação mecânica, internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospital privado.

Métodos: Estudo analítico, transversal e retrospectivo, realizado no ano de 2017. Foram analisadas variáveis idade, sexo, principal ocupação, estado civil, classificação por sistema ou órgão acometido, dia da traqueostomização e desfecho (alta da UTI ou óbito). Os dados foram analisados no programa R, versão 3.6, gerando estatísticas descritivas como: média, desvio padrão, mínimos e máximos para as variáveis quantitativas e proporções para as variáveis qualitativas.

Resultados: A maioria foi constituída por pessoas do sexo masculino, casadas, procedentes da capital e com atividade laboral. Os sistemas mais acometidos foram respiratório, neurológico e gastrointestinal. Da casuística, 60% tiveram alta da UTI e 40% foram a óbito. A idade média foi de 70 anos e a mediana de 68. Os pacientes foram traqueostomizados, em média no 11º dia pós intubação orotraqueal. Cruzando-se variáveis, obteve-se associação somente entre desfecho (alta ou óbito) e sistema acometido.

Conclusão: Sugere-se a realização de novos estudos focados nos cuidados de enfermagem com pessoas traqueostomizadas. A traqueostomização constitui uma prática invasiva, que demanda cuidados e atenção especial.

ABSTRACT

Objective: To analyze the conditions involved in performing tracheostomy in patients on mechanical ventilation, admitted to the Intensive Care Unit (ICU) of a private hospital.

Methods: Analytical, cross-sectional, and retrospective study, carried out in 2017. Age, sex, main occupation, marital status, classification by affected system or organ, day of tracheostomization, and outcome (discharge from the ICU or death) were analyzed. Data were analyzed using the R version 3.6 program, generating descriptive statistics such as: mean, standard deviation, minimums, and maximums for quantitative variables and proportions for qualitative variables.

Results: Most were male, married, from the capital, and working. The most affected systems were respiratory, neurological, and gastrointestinal. Of the sample, 60% were discharged from the ICU, and 40% died. The mean age was 70 years, and the median was 68. Patients were tracheostomized, on average on the 11th day after orotracheal intubation. Crossing variables, there was an association only between outcome (discharge or death) and affected system.

Conclusion: It is suggested to carry out further studies focused on nursing care with tracheostomized people. Tracheostomization is an invasive practice that requires special care and attention.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las condiciones involucradas en la realización de traqueotomía en pacientes con ventilación mecánica, admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital privado.

Métodos: Estudio analítico, transversal y retrospectivo, realizado en 2017. Se analizaron: la edad, el sexo, la ocupación principal, el estado civil, la clasificación por sistema u órgano afectado, el día de la traqueostomización y el resultado (alta de la UCI o muerte). Los datos fueron analizados utilizando el programa R versión 3.6, generando resultados estadísticos descriptivos tales como: media, desviación estándar, mínimos y máximos para las variables cuantitativas y proporciones para variables cualitativas.

Resultados: La mayoría eran hombres, casados, de la capital y trabajadores. Los sistemas más afectados fueron o respiratorio, o neurológico y el gastrointestinal. De la muestra, el 60% fueron dados de alta de la UCI y el 40% fallecieron. La edad media fue de 70 años y la mediana fue de 68. Los pacientes fueron traqueostomizados, en promedio de 11 al día pos intubación orotraqueal. Al cruzar las variables, solo hubo una asociación entre el resultado (alta o muerte) y el sistema afectado.

Conclusion: Se sugiere realizar más estudios centrados en el cuidado de enfermería con personas traqueostomizadas. La traqueostomización es una práctica invasiva que requiere cuidados y atención especiales.

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Como citar:

Pertussati E, Donoso MT, Mattos SS, Lima LK, Simino GP, Oliveira e Silva BV. Condições envolvidas na realização de traqueostomia em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2021;12(3):469-74.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3737

INTRODUÇÃO

A traqueostomia (TQT) é o procedimento cirúrgico mais comum em unidades de terapia intensiva (UTI). Este procedimento não apenas fornece vias aéreas estáveis e facilita o desmame pulmonar do respirador, mas também diminui a lesão laríngea decorrente da intubação endotraqueal e melhora o conforto do paciente e as atividades de vida diárias. Gera inúmeras mudanças para o paciente: em sua dinâmica respiratória, em seu comportamento e relacionamento interpessoal e em seu cuidado pessoal.⁽¹⁾

Trata-se de um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos, com relatos em livros de medicina hindu nos anos 1500 a.C. Historicamente, foi desenvolvida para promover a desobstrução das vias aéreas. Em 1850 na Europa, com a epidemia de difteria, tornou-se popular na prática médica.⁽²⁾

É realizada com muita frequência no tratamento de insuficiência respiratória, sendo que na maioria das vezes é indicada para pacientes com obstrução de vias aéreas superiores, trauma traqueal, manuseio de portadores de desmame ventilatório difícil e para facilitar a higiene das vias aéreas através da liberação de secreções traqueobrônquicas excessivas.⁽³⁾

As principais complicações da TQT incluem obstrução, decanulação acidental, sangramento, enfisema subcutâneo, pneumotórax, pneumomediastino, granuloma, traqueomalácia, infecção, colapso supra esternal, fístula e estenose.⁽⁴⁾

Com relação ao dispositivo utilizado na confecção das cânulas de TQT, pode-se classificá-los em dois grandes grupos: as cânulas metálicas e as plásticas. As cânulas metálicas podem ser de aço inox ou banhadas em prata. As cânulas plásticas são comumente feitas de silicone ou PVC (policloreto de vinil), mais leves e com menor custo.⁽⁵⁾

A pessoa submetida à TQT demanda um atendimento complexo e multiprofissional, sendo necessária a integração entre os vários profissionais da saúde.

Sobre o “desmame” da TQT ou decanulação, não há consenso, na literatura, sobre os indicadores para a decanulação, sendo utilizados critérios de indicação e sucesso baseados na experiência clínica, na rotina de alguns serviços, nos relatos de experiências de profissionais e em protocolos elaborados pelas equipes.⁽⁶⁾

O período de decanulação da TQT ocorre quando o paciente passa da situação de dependência da TQT para uma situação de independência, uma vez que as vias aéreas superiores apresentam condições respiratórias adequadas, com pouco ou nenhum suporte necessário.⁽⁶⁾ Na maioria das vezes, os profissionais que tomam a decisão do processo de decanulação são os fisioterapeutas, após consenso de uma equipe multidisciplinar, onde todos os membros da

equipe são fundamentais nesse processo. Porém, não existe um consenso sobre qual a melhor forma e mais segura de realizar o procedimento.⁽⁶⁾

Apesar de vários estudos indicarem os benefícios da TQT em pacientes críticos, o momento mais adequado para a sua realização ainda é controverso.⁽⁷⁾ A ventilação mecânica durante longo prazo é a situação mais comum para a qual a TQT seja indicada, para pacientes em UTI. Podem ser realizadas TQT precoces e tardias.⁽⁸⁾ A TQT deve ocorrer assim que a necessidade de intubação prolongada (maior que 14 dias) for identificada. No entanto, a previsão precisa dessa duração permanece indefinida. O momento de quando realizar uma TQT continua sendo individualizado.⁽⁹⁾ O paciente com TQT necessita de monitorização apurada e de cuidados específicos. No entanto, observa-se que na literatura nacional, ainda são escassos os trabalhos sobre TQT. Não foram encontrados protocolos de enfermagem publicados em periódicos brasileiros direcionados ao paciente com TQT.

Se o momento de quando realizar uma traqueostomia continua a ser individualizado, questiona-se: porque alguns pacientes em ventilação mecânica necessitam ser traqueostomizados e outros não? Assim, este estudo tem como objetivo analisar as condições envolvidas na necessidade de realização de TQT em pacientes internados em uma UTI de hospital privado.

MÉTODOS

Analítico, transversal e retrospectivo.

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospital privado e de ensino de Minas Gerais.

Prontuários de todos os pacientes internados nesta UTI que foram submetidos à ventilação mecânica e à traqueostomia, durante o período de janeiro a dezembro de 2017. Desta forma, não foi realizado cálculo amostral, mas sim amostragem por conveniência. A amostra foi de 70 prontuários.

Pacientes adultos, de ambos os sexos, submetidos à ventilação mecânica e à traqueostomia. Foram excluídos pacientes traqueostomizados por outros motivos que não a ventilação mecânica prolongada.

A variável dependente foi a ocorrência de traqueostomia e, as independentes foram sexo, idade, situação laboral (aposentado ou na ativa), estado civil, classificação de acordo com o sistema acometido, dia da intervenção (realização de TQT) e desfecho (alta da UTI ou óbito na UTI).

Os dados foram analisados no programa R, versão 3.6, gerando estatísticas descritivas como média, desvio padrão, mínimos e máximos para as variáveis quantitativas e

proporções para as variáveis qualitativas, com o objetivo de organizar e resumir de forma nítida esses dados. Os resultados estão apresentados na forma de gráfico (Boxplot) e tabelas. A fim de se observar a relação entre as variáveis, foram realizadas análises cruzadas e testes de associação. Estimou-se responder se existem evidências estatísticas de associação entre algumas variáveis observadas e o desfecho, sendo que para tal, utilizou-se o teste qui-quadrado. Esse teste mostrou se existia associação do desfecho do paciente com características relacionadas às variáveis sociodemográficas e clínicas como sexo, idade, procedência e sistema acometido.

Com o propósito de responder se existem evidências estatísticas de associação entre algumas variáveis observadas, realizou-se o teste qui-quadrado, que permite afirmar se há (ou não) evidências de que duas variáveis qualitativas estejam associadas. As hipóteses do teste foram: Hipótese nula H_0 : variável A não está associado a variável B; Hipótese alternativa H_1 : variável A está associado a variável B.

Ajustou-se um modelo de regressão logística para se identificar se alguma variável era fator de risco ou de proteção para o desfecho alta ou óbito, uma vez que todos os pacientes da base de dados foram traqueostomizados, não havendo outro grupo para comparação. Nesta regressão, a variável resposta era a variável desfecho (alta/óbito), pois, para a regressão logística, a variável resposta deve ser binária. Como variáveis regressoras utilizaram-se sexo, idade, ocupação, sistema acometido e procedência.

Em todos os testes foi considerado um nível de significância de 95% ($p \leq 0,005$).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (COEP) do hospital cenário deste estudo. A coleta de dados foi realizada nos prontuários dos pacientes que estiveram internados no ano de 2017, e, desta forma, foi solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes dos pacientes e da instituição não foram divulgados.

RESULTADOS

O sexo dos indivíduos presentes foi constituído por uma maioria masculina, sendo 55,7% do sexo masculino e 44,3% do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 58,6% eram casados, 18,6% viúvos, 17,1% solteiros e 5,7% eram separados. Em relação à procedência, 57% dos indivíduos eram procedentes da capital e 43% do interior. Observando a variável sistema acometido, percebe-se que esta não foi proporcional a todas as suas categorias, sendo que os sistemas mais acometidos foram: respiratório, cardiovascular, neurológico e gastrointestinal, com proporção de 27,1%, 11,4%, 11,4%

e 8,5%, respectivamente, totalizando 58,5% dos casos. Os outros sistemas como cabeça e pescoço, hematológico, urinário e linfático apresentaram 1,4% dos casos para cada. Considerou-se NA (não se aplica) para agravos que não se enquadravam em nenhum desses sistemas. Quanto ao desfecho, 60% da casuística tiveram alta da UTI, sendo transferidos para outras unidades, enquanto 40% foram a óbito. Em relação à ocupação, 19,7% estavam aposentados, 7,0% eram do lar e 56,3% exerciam ocupações fora do lar. A variável idade teve média de 70 anos e mediana de 68,7, com desvio padrão de 16,6 anos. A menor idade foi 24 e, a maior, 95 anos. Essa variável é aproximadamente simétrica. Sua distribuição é semelhante entre homens e mulheres, com média de 72 anos para as mulheres e 67,1 para os homens, tendo desvio padrão de 15,9 e 17,1 anos, respectivamente. Pelo Boxplot de Idade, Sexo e Desfecho, pode-se observar que os dois grupos são semelhantes quanto à idade dos pacientes e ao desfecho. No gráfico adiante, observa-se que a variável alta da UTI ou óbito é bastante semelhante para ambos os sexos quando se leva em consideração a idade do paciente (Figura 1).

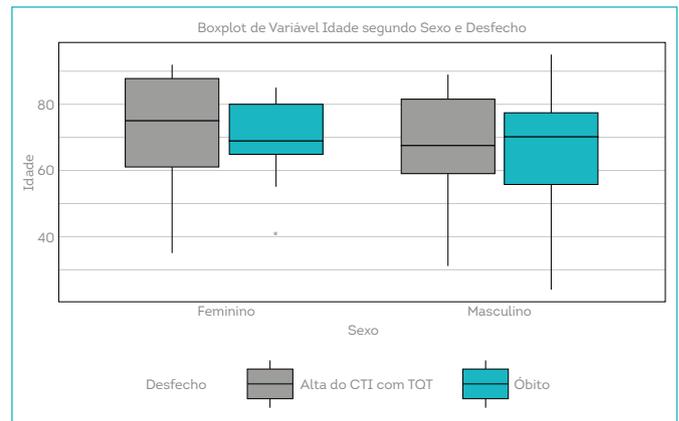


Figura 1. Boxplot de Idade, sexo e desfecho

As idades foram agrupadas em faixas etárias, para que a visualização se mostrasse mais clara. A maioria dos indivíduos observados se encontrava acima de 60 anos. Apenas 11,4% dos pacientes estavam entre 24 e 50 anos. Para a faixa etária de 51 a 60 anos observou-se 17,1% dos pacientes, de 61 a 70 anos o equivalente a 25,7%, de 71 a 80 anos, 18,6% e por fim, de 81 a 100 anos o montante de 27,1% dos pacientes. Por meio das variáveis dia da intubação e dia da traqueostomia foi possível determinar com quantos dias de intubação o paciente foi submetido à traqueostomia. Analisando-se a diferença de datas, os 69 pacientes (98,6%) foram intubados antes da traqueostomia e um paciente (1,4%) foi admitido intubado, não constando no prontuário a data desta intubação. Sumarizando-se as informações

de diferença de datas, observa-se que a média de dias de intubação até a traqueostomia foi de 11,2 dias com desvio padrão de 2,9 dias. Fez-se importante analisar os dados referentes ao desfecho do paciente. Levando-se em consideração o sistema acometido, 8,6% dos pacientes traqueostomizados com acometimento do sistema gastrointestinal foram a óbito, seguidos do sistema respiratório, com 7,1% de óbitos. Torna-se essencial destacar novamente que a variável sistema acometido não é proporcional a todas as suas categorias, sendo que os sistemas mais acometidos foram respiratório, cardiovascular e neurológico (Tabela 1).

Tabela 1. Desfecho (alta da UTI ou óbito) de acordo com o sistema ou órgão acometido

Órgão/Sistema	Desfecho		Total n(%)
	Alta n(%)	Óbito n(%)	
Cabeça e pescoço	1(1,4)	-(-)	1(1,4)
Cardiovascular	6(8,6)	2(2,9)	8(11,4)
Estômago e intestinos	-(-)	6(8,6)	6(8,6)
Hematológico	-(-)	1(1,4)	1(1,4)
Fígado	1(1,4)	4(5,7)	5(7,1)
Linfático	-(-)	1(1,4)	1(1,4)
Neurológico	5(7,1)	3(4,3)	8(11,4)
Renal	3(4,3)	1(1,4)	4(5,7)
Respiratório	14(20,0)	5(7,1)	19(27,1)
Urinário	1(1,4)	-(-)	1(1,4)
Não se aplica	11(15,7)	5(7,1)	16(22,9)
Total	42(60,0)	28(40,0)	70(100,0)

Conforme a tabela 2, o sistema acometido teve percentuais parecidos para ambos os sexos.

Tabela 2. Variável sexo de acordo com o sistema ou órgão acometido

Órgão/Sistema	Sexo		Total n(%)
	Feminino n(%)	Masculino n(%)	
Cabeça e pescoço	-(-)	1(1,4)	1(1,4)
Cardiovascular	4(5,7)	4(5,7)	8(11,4)
Estômago e intestinos	3(4,3)	3(4,3)	6(8,6)
Hematológico	1(1,4)	-(-)	1(1,4)
Fígado	2(2,9)	3(4,3)	5(7,1)
Linfático	1(1,4)	-(-)	1(1,4)
Neurológico	1(1,4)	7(10,0)	8(11,4)
Renal	-(-)	4(5,7)	4(5,7)
Respiratório	11(15,7)	8(11,4)	19(27,1)
Urinário	-(-)	1(1,4)	1(1,4)
Não se Aplica	8(11,4)	8(11,4)	16(22,9)
Total	31(44,3)	39(55,7)	70(100)

Quando se comparam as faixas etárias e o sistema acometido, busca-se encontrar algum padrão entre estas variáveis. Aparentemente, esse padrão não é claro, levando-se em conta apenas essas duas variáveis (Tabela 3).

Quanto à alta em relação ao sexo, foi possível perceber que as taxas de alta da UTI foram maiores para os homens, sendo 34,3% do total de pacientes. A mesma taxa para as mulheres foi de 25,7%. Cerca de 28,0% dos pacientes, com

Tabela 3. Variável idade de acordo com o órgão ou sistema acometido

Órgão/Sistema	Idade (em anos)					Total n(%)
	24 a 50 n(%)	51 a 60 n(%)	61 a 70 n(%)	71 a 80 n(%)	81 a 100 n(%)	
Cabeça e pescoço	-(-)	-(-)	1(1,4)	-(-)	-(-)	1(1,4)
Cardiovascular	-(-)	1(1,4)	2(2,9)	3(4,3)	2(2,8)	8(11,4)
Estômago e intestinos	-(-)	-(-)	1(1,4)	3(4,3)	2(2,8)	6(8,6)
Hematológico	-(-)	-(-)	1(1,4)	-(-)	-(-)	1(1,4)
Fígado	1(1,4)	1(1,4)	3(4,3)	-(-)	-(-)	5(7,1)
Linfático	-(-)	1(1,4)	-(-)	-(-)	-(-)	1(1,4)
Neurológico	2(2,8)	2(2,8)	1(1,4)	1(1,4)	2(2,8)	8(11,4)
Renal	1(1,4)	1(1,4)	2(2,8)	-(-)	-(-)	4(5,7)
Respiratório	1(1,4)	3(3,3)	2(2,8)	4(5,7)	9(12,8)	19(27,1)
Urinário	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	1(1,4)	1(1,4)
Não se Aplica	3(4,3)	3(3,4)	5(7,1)	2(2,8)	3(4,3)	16(22,9)
Total	8(11,4)	12(17)	18(25,7)	13(18,5)	19(27,1)	70(100)

idade superior a 60 anos foram a óbito, enquanto que na mesma faixa etária, uma proporção de 42,0% recebeu alta da UTI (Tabela 4).

Tabela 4. Variável idade de acordo com o desfecho (alta da UTI ou óbito)

Desfecho	Idade (em anos)					Total n(%)
	24 a 50 n(%)	51 a 60 n(%)	61 a 70 n(%)	71 a 80 n(%)	81 a 100 n(%)	
Alta	5(7,1)	7(10)	9(12,9)	7(10)	14 (20%)	42 (60%)
Óbito	3(4,3)	5(7,1)	9(12,9)	6 (8,6%)	5 (7,1%)	28 (40%)
Total	8(11,4)	12(17,1)	18(25,7)	13 (18,6%)	19 (27,1%)	70 (100%)

Realizando-se cruzamento entre variáveis, observou-se que há evidência de associação somente entre as variáveis desfecho (alta da UTI ou óbito) e sistema acometido, sendo p-valor 0,027. Nos demais cruzamentos não houve associação. Nenhuma das variáveis inseridas no modelo de regressão se mostrou estatisticamente significativa, ou seja, não existem evidências de que essas variáveis influenciem no resultado do desfecho.

DISCUSSÃO

Em relação ao gênero, a maioria era constituída por homens. Em artigo sobre cuidados a pacientes traqueostomizados, os autores⁽¹⁰⁾ não fazem diferenciação entre sexo para os cuidados. Também estudo⁽¹¹⁾ sobre os cuidados diários a traqueostomizados não apresentou cuidados específicos para homens ou para mulheres. Os cuidados abordados em ambos os trabalhos foram os mesmos.

Quanto ao estado civil, a presença do cônjuge ou outro familiar é fundamental no processo de cuidar da pessoa traqueostomizada. Trabalho⁽¹²⁾ sobre comunicação do paciente traqueostomizado incluiu o familiar neste processo, cuja presença facilitaria a questão da comunicação do traqueostomizado.

Em relação à procedência, considera-se que pessoas de cidades menores atualmente dependem menos da

assistência de grandes centros, uma vez que nos centros menores é possível se assistir uma pessoa em unidade de terapia intensiva. Em artigo⁽¹³⁾ sobre perfil de pacientes de terapia intensiva no interior de Goiás, os autores descrevem as unidades de terapia intensiva estudadas, todas localizadas em hospitais de referência no município de Anápolis (GO) e na sua microrregião. Muitas vezes, pacientes de cidades do interior podem ser assistidos em terapia intensiva, sem necessidade de locomoção para as capitais.

Quanto à doença de base, os sistemas mais acometidos foram respiratório, cardiovascular, neurológico e gastrointestinal. Dados semelhantes foram encontrados em artigo⁽¹⁴⁾ sobre aspectos epidemiológicos de pacientes traqueostomizados, em hospital de Belo Horizonte. Os autores apontaram que as internações clínicas corresponderam a 59,0% dos casos e as cirúrgicas, 39,0%. Os pacientes clínicos traqueostomizados apresentavam insuficiência respiratória, cardiopatias, acidente vascular cerebral e outras causas. Os pacientes cirúrgicos provinham de cirurgias cardíacas, neurocirurgias e cirurgias do aparelho digestivo.

Em relação ao desfecho, ainda que a maioria tenha tido alta da UTI para outras unidades, considera-se alta a ocorrência de óbito dentro da UTI. Estudando fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma UTI, os autores⁽¹⁴⁾ observaram que 26,0% foram submetidos à traqueostomia. A taxa de mortalidade dentre todos os pacientes foi de 13,0%. Os mesmos autores afirmam que o risco para mortalidade e o aumento do tempo de permanência em UTI é o uso de ventilação mecânica invasiva.

No que tange à situação laboral, menos de 20,0% encontravam-se aposentados e a maioria tinha ocupações fora de casa. Esse dado foi surpreendente, considerando-se que apenas 11,4% dos pacientes tinham entre 24 e 50 anos, idades produtivas. A mediana de idade foi de 68 anos. Em estudo⁽¹⁵⁾ sobre expectativas e trabalho na maioridade, os autores observaram que a maioria dos participantes ainda não estava aposentada, sendo pesquisada a faixa etária de 51 a 59 anos.

Pelo Boxplot de Idade, Sexo e Desfecho, pode-se observar que os dois grupos são semelhantes quanto à idade dos pacientes e ao desfecho. Estudo⁽¹⁶⁾ sobre fatores preditores de óbito em UTI infere que os pacientes que obituaram neste local eram idosos, mais frágeis, tinham menor funcionalidade e permaneceram mais tempo internados nessa unidade com falência de múltiplos órgãos. São considerados pelos autores pacientes frágeis aqueles cuja perda das reservas fisiológicas e cognitivas lhes confere vulnerabilidade para eventos adversos, sendo frequentemente detectada nos pacientes críticos com idade igual ou maior que 50 anos. Nesse mesmo estudo, os autores encontraram 10

pacientes (5,9%) com traqueostomia, sendo que a variável sexo foi semelhante.

As idades foram agrupadas em faixas etárias, sendo que a grande maioria se encontrava na faixa de 81 a 100 anos, seguido de 25,7% para indivíduos de 61 a 70 anos. Desta forma, observa-se que na casuística, foram mais frequentes pacientes acima de 61 anos. O paciente idoso, em ventilação mecânica evolui com traqueostomia de uso prolongado, aspecto ressaltado pela presença de comorbidades e fraqueza muscular acentuada.⁽¹⁷⁾

A TQT é tida na maioria dos serviços como um procedimento eletivo e preventivo da sequela laríngea da intubação traqueal prolongada.⁽¹⁸⁾ Neste trabalho, no que concerne ao dia da realização da TQT, a média de dias de intubação até a realização desta foi de 11,2 dias com desvio padrão de 2,9 dias. Não há consenso sobre o tempo exato para a realização deste procedimento, o qual fica a critério do médico plantonista ou da equipe médica.⁽¹⁷⁾ Não se encontrou na literatura definição e consenso de TQT precoce e, por isso, sua indicação é feita por critérios subjetivos.

No que se refere à ocorrência de óbito, dos pacientes traqueostomizados, cujos agravos foram o sistema gastrointestinal, 8,6% foram a óbito, seguidos do sistema respiratório, com 7,1% de óbitos. No entanto, os sistemas mais acometidos foram respiratório, cardiovascular e respiratório. Estudando causas de óbitos de pacientes em terapia intensiva, os autores⁽¹⁹⁾ observaram que a maior frequência de óbitos foi vinculada a doenças do aparelho circulatório (24,6%) e, em segundo lugar, as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (16,9%). No nosso estudo, não houve agravos por causas externas.

Não houve ocorrência de óbito por complicação da TQT. Revisão de literatura⁽¹⁷⁾ sobre TQT também não apontou trabalhos que relatassem o óbito relacionado ao procedimento.

O sistema acometido teve percentuais parecidos para ambos os sexos, não indicando uma preferência entre os grupos, exceto no sistema neurológico, que apresentou a maior diferença.

Cruzaram-se as variáveis sexo e sistema acometido; idade e sistema acometido; sexo e desfecho; idade e desfecho. Com o propósito de responder se existem associações entre algumas variáveis, utilizou-se o teste Qui-quadrado. Encontrou-se associação somente entre desfecho (alta ou óbito) e sistema acometido. Lembra-se que 40% dos pacientes traqueostomizados foram a óbito. Destes, os sistemas mais acometidos foram gastrointestinal e respiratório. Estudando perfil de pacientes internados em UTI, os autores⁽¹³⁾ encontraram que as causas mais frequentes dos desfechos em óbito foram acidente vascular encefálico, neoplasias e insuficiência

respiratória aguda. Destaca-se que agravos do sistema gastrointestinal muitas vezes são constituídos por neoplasias gastrointestinais, com prognóstico mais reservado.

Como variáveis regressoras, utilizaram-se sexo, idade, ocupação, sistema acometido e procedência. Nenhuma das variáveis inseridas no modelo se mostrou estatisticamente significativa, ou seja, não existem evidências de que essas variáveis influenciem no resultado do desfecho (alta ou óbito). A regressão logística foi realizada várias vezes com diferentes conjuntos de variáveis regressoras, utilizando-se técnicas de escolha de variáveis, bem como as variáveis individualmente, permanecendo sem mostrar evidências que alguma delas fosse significativa. Isso se deve ao fato de que poucas pessoas estavam com os dados completos para essas variáveis. Pensou-se em fazer imputação de dados, mas a proporção de dados ausentes foi grande e o tamanho da amostra era relativamente pequeno. Isso levaria a imputações com maior erro e, conseqüentemente, com resultados viesados.

O fator limitante desta pesquisa foi à ausência de dados importantes nos prontuários, tais como comorbidades, etilismo e tabagismo, dentre outros. Os prontuários são fonte de dados que fundamentam a assistência, além de contribuir na realização de pesquisas.

As contribuições para a prática da assistência de enfermagem referem-se à obtenção de dados epidemiológicos, sendo que a sistematização da assistência de enfermagem é favorecida pelos mesmos.

CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes traqueostomizados foi constituída por pessoas do sexo masculino, casadas, procedentes da capital, com atividade laboral. Os sistemas mais acometidos foram respiratório, neurológico e gastrointestinal. Cruzando-se variáveis, obteve-se associação somente entre desfecho (alta ou óbito) e sistema acometido. Sugere-se a realização de novos estudos focados nos cuidados de enfermagem com pessoas traqueostomizadas. A traqueostomização constitui uma prática invasiva, que demanda cuidados e atenção especial.

Contribuições

A co-autora Selme Silqueira de Mattos teve participação na redação do manuscrito e aprovação da versão final. Todos os demais autores tiveram efetiva participação nas seguintes etapas: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. El-Anwar MW, Nofal AA, El Shawadfy MA, Maaty A, Khazbak AO. Tracheostomy in the Intensive Care Unit: a University Hospital in a Developing Country Study. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2017;21(1):33-7.
2. Oliveira AP, Gomes GC, Romeu BR, Svaldi JS, Machado GS. Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. *HU Revista*. 2016;42(1):33-41.
3. Oliveira EL, Rocha CR, Vanvos-Sen MR. Critérios para decanulação eficaz: uma revisão de literatura. *Rev Inspirar*. 2017;14(4):43-8.
4. Dal'Astra AP, Quirino AV, Caixeta JA, Avelino MA. Traqueostomia na infância: revisão da literatura sobre complicações e mortalidade nas últimas três décadas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017;83(2):207-14.
5. Costa CC, Favero TC, Rosa FB, Steidl SE, Mancopes R. Decanulação: atuação fonoaudiológica e fisioterapêutica. *Distúrbios Comun*. 2016;28(1):93-101.
6. Côrte MM, Vicente LC, Friche AA. Decanulação: indicadores sociodemográficos, clínicos e fonoaudiológicos preditivos de sucesso. *Audiol Commun Res*. 2019;24:e2103.
7. Marsico PD, Marsico GA. Traqueostomia. *Pulmão*. 2010;19(1-2):24-32.
8. Silva BN, Andriolo RB, Saconato H, Atallah AN, Valente O. Early versus late tracheostomy for critically ill patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1(1):CD007271.
9. Soares MC, Westphal FL, Lima LD, Medeiros JM. Elaboração de protocolo de condutas em traqueostomias no hospital referência de tratamento do câncer do Amazonas. *Rev Col Bras Cir*. 2018;45(4):e1744.
10. Cruz JR, Martins MD. Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Referência*. 2019;serIV(20):87-96.
11. Góes RSS, Silva SOP, Lima CB. Traqueostomia na unidade de terapia intensiva: visão do enfermeiro. *Temas Saúde*. 2017;17(4):228-41.
12. Gomes RH, Aoki MC, Santos RS, Motter AA. The communication of the tracheostomized patient: an integrated review. *Rev. CEFAAC*. 2016;18(5):1251-9.
13. Castro RR, Barbosa NB, Alves T, Najberg S. Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade de Anápolis - Goiás - 2012. *Rev Gest Saúde*. 2016;5(2):115-24.
14. Oliveira AB, Dias OM, Mello MM, Araújo S, Dragosavac D, Nucci A, Falcão AL. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(3):250-6.
15. Freitas MC, Campos TD, Gil CA. Expectativas e concepções de trabalho na velhice em homens na meia-idade. *Est Inter Psicol*. 2017;8(2):43-64.
16. Gulin JE, Nascimento ER, Moritz RD, Vargas MA, Matte DL, Cabral RP. Fatores preditores de óbito em Unidade de Terapia Intensiva: contribuição para a abordagem paliativista. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03342.
17. Silva Junior JG, Silveira JM. Influência da traqueostomia no tempo de ventilação mecânica. *Amazôn Ciênc Desenvol*. 2017;5(1):35-9.
18. Barrio ME, Vega AB, Pellejero JR, Ratero JA, Ortiz MV, Formoso DA. Patients with tracheostomy indication in an intensive care cohort. *Rev Colomb Anestesiol*. 2016;44(4):278-81.
19. Rodriguez AH, Bub MB, Perão OF, Zandonadi G, Rodriguez MJ. Epidemiological characteristics and causes of deaths in hospitalized patients under intensive care. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):210-4.

QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS COMUNITÁRIOS: ESTUDO TRANSVERSAL

QUALITY OF LIFE AMONG COMMUNITY ELDERLY: CROSS-STUDY

CALIDAD DE VIDA ENTRE ANCIANOS COMUNITARIOS: ESTUDIO TRANSVERSAL

Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão¹

Gleicy Karine Nascimento de Araújo²

Rafaella Queiroga Souto²

Alice Maria Barbosa da Silva¹

Renata Clemente dos Santos²

João Euclides Fernandes Braga²

(<https://orcid.org/0000-0002-6652-9615>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4395-6518>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7700-709X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2916-6832>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3413-6072>)

Descritores

Enfermagem geriátrica; Idoso;

Gerontologia; Qualidade de vida;

Atenção primária à saúde

Descriptors

Geriatric nursing; Old; Gerontology;

Quality of life; Primary health care

Descriptores

Enfermería geriátrica; Ancianos

gerontología; Calidad de vida;

Atención primaria de salud

Recebido

8 de Maio de 2020

Aceito

24 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Rafaella Queiroga Souto

E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail.com

com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de idosos, relacionando com condições gerais de saúde, satisfação com a vida, resiliência, apoio social e afetos positivos e negativos.

Métodos: Estudo transversal, desenvolvido com 159 idosos em Recife-PE. Para coleta de dados utilizou-se o *Brazil Old Age Schedule*, WHOQOL-OLD, e escalas de depressão geriátrica, resiliência, apoio social, satisfação com a vida e afetos positivos e negativos. A análise foi realizada por estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Associou-se à baixa qualidade de vida a osteoporose ($p=0,008$), sintomas depressivos ($p<0,001$) e problemas dentários ($p=0,015$). Houve correlação moderada entre a qualidade de vida e satisfação com a vida ($r=0,464$; $p<0,001$), afetos positivos ($r=0,545$; $p<0,001$) e negativos ($r=-0,452$; $p<0,001$).

Conclusão: A qualidade de vida obteve correlação com altos níveis de satisfação com a vida, resiliência, apoio social e afetos positivos, porém seus baixos níveis relacionaram-se com a presença de sintomas depressivos, osteoporose e problemas dentários.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life of the elderly, relating to general health conditions, satisfaction with life, resilience, social support and positive and negative affects.

Methods: Cross-sectional study, developed with 159 elderly people in Recife - PE. For data collection, Brazil Old Age Schedule, WHOQOL-OLD, and scales of geriatric depression, resilience, social support, life satisfaction and positive and negative affects were used. The analysis was performed using descriptive and inferential statistics.

Results: osteoporosis ($p = 0.008$), depressive symptoms ($p < 0.001$) and dental problems ($p = 0.015$) were associated with low quality of life. There was a moderate correlation between quality of life and satisfaction with life ($r = 0.464$; $p < 0.001$), positive ($r = 0.545$; $p < 0.001$) and negative ($r = -0.452$; $p < 0.001$).

Conclusion: Quality of life was correlated with high levels of satisfaction with life, resilience, social support and positive affects, but its low levels were related to the presence of depressive symptoms, osteoporosis and dental problems.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de las personas mayores, en relación con las condiciones generales de salud, la satisfacción con la vida, la resiliencia, el apoyo social y los efectos positivos y negativos.

Métodos: Estudio transversal, desarrollado con 159 personas mayores en Recife - PE. Para la recopilación de datos, se utilizó el Programa de Vejez de Brasil, WHOQOL-OLD y escalas de depresión geriátrica, resiliencia, apoyo social, satisfacción con la vida y efectos positivos y negativos. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: La osteoporosis ($p = 0.008$), los síntomas depresivos ($p < 0.001$) y los problemas dentales ($p = 0.015$) se asociaron con baja calidad de vida. Hubo una correlación moderada entre la calidad de vida y la satisfacción con la vida ($r = 0.464$; $p < 0.001$), positiva ($r = 0.545$; $p < 0.001$) y negativa ($r = -0.452$; $p < 0.001$).

Conclusión: La calidad de vida se correlacionó con altos niveles de satisfacción con la vida, resistencia, apoyo social y afetos positivos, pero sus bajos niveles se relacionaron con la presencia de síntomas depresivos, osteoporosis y problemas dentales.

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

²Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Como citar:

Brandão BM, Araújo GK, Souto RO, Silva AM, Santos RC, Braga JE. Qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. *Enferm Foco*. 2021;12(3):475-81.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3743

INTRODUÇÃO

Diante das modificações sociais, políticas e econômicas, evidenciadas nas últimas décadas, a transição demográfica consolida o aumento na proporção de pessoas idosas. No Brasil, esse processo evolui de forma rápida e em um contexto de desigualdades sociais, no qual 14,3% da população é composta por idosos e, de acordo com as estimativas, em 2030 estes irão corresponder a aproximadamente 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.^(1,2)

O envelhecimento constitui-se como um fenômeno propenso a mudanças fisiológicas que proporcionam uma redução natural de determinadas habilidades e capacidades. Ademais, inclui outros tipos de alterações, que podem se configurar nas relações sociais, aposentadoria, condições de moradia e o processo de morte de amigos e parentes.⁽³⁾ Deste modo, uma vez que o envelhecimento acelerado é uma realidade no Brasil, surge a necessidade de garantir atenção adequada a esses indivíduos a fim de promover um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.⁽⁴⁾

No que diz respeito ao envelhecimento, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondem aos maiores índices de morbimortalidade na população idosa, a exemplo da hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes mellitus.⁽⁵⁾ As condições de saúde do idoso e sua qualidade de vida pode conduzir a desfechos adversos, resultando em uma busca maior pelos serviços de saúde.⁽⁶⁾

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde como “a compreensão do indivíduo acerca da sua introdução na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁽⁷⁾ Trata-se de um conceito amplo e que se relaciona a diversos aspectos, dentre os quais incluem-se a subjetividade e a multidimensionalidade.⁽⁸⁾

A satisfação com a saúde, autoestima, bem-estar, interações sociais, suporte familiar, controle cognitivo, capacidade funcional e autocuidado exemplificam domínios subjetivos que passam despercebidos na avaliação clínica, no entanto, são estes que apresentam a maior influência nos desfechos de saúde de pessoas idosas e, por isso, são imprescindíveis na avaliação entre os profissionais de saúde.⁽¹⁾

Com a demanda crescente por serviços de saúde, a cobertura das ações para os idosos deve estar centrada na investigação da qualidade de vida e nos cuidados coordenados de forma longitudinal, ordenando as redes e com profissionais de saúde capacitados para atender as particularidades dessa população. À vista disso, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que essas intervenções podem ser construídas em longo prazo, com menor custo e maior

efetividade, visto que irá proporcionar o bem-estar desse público e atingir longevidade com qualidade de vida.⁽⁹⁾

Nesse contexto, o estudo tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida de idosos comunitários e relacioná-la com condições gerais de saúde, satisfação com a vida, resiliência, apoio social e afetos positivos e negativos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, de caráter transversal. Para a construção do presente artigo foi utilizado o guia *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).⁽¹⁰⁾

O estudo foi executado na área da Unidade de Saúde da Família (USF) Sítio Wanderley, localizada na Microárea III do Distrito de Saúde IV do município de Recife, Pernambuco, Brasil.

A população deste estudo foi constituída por idosos cadastrados na área de cobertura entre as três equipes da USF, totalizando 1209 indivíduos. Os critérios de inclusão foram: pessoas com 60 anos ou mais que eram cadastrados na USF, sendo excluídos aqueles em estágio terminal, portadores de redução grave da função auditiva e visual e com déficit cognitivo significativo. Os critérios para excluir os indivíduos da investigação foram detectados pelo entrevistador através da observação ou informação advinda dos cuidadores ou responsáveis, sendo excluídos 17 indivíduos.

O cálculo amostral foi realizado com a fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, sendo utilizado um nível de confiança de 95%, totalizando assim, uma amostra final composta por 159 idosos. A amostragem foi aleatória, do tipo sistemática, de modo que a cada cinco idosos da lista de cada equipe, um era selecionado e convidado a participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no município de Recife-PE, no período de 2016 a 2017. A coleta foi realizada por alunos do curso de enfermagem, nos quais receberam treinamento adequado e específico para esse fim. O local de coleta foi a residência dos idosos, após esclarecer os objetivos da pesquisa, sigilo dos dados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta foi realizada em um ambiente isolado para não colocar em risco a privacidade do idoso.

Foram utilizados instrumentos já validados para a etapa de coleta de dados, a saber: *Brazil Old Age Schedule* (BOAS)⁽¹¹⁾ para caracterizar os entrevistados; WHOQOL-OLD para estudar a qualidade de vida;⁽¹²⁾ um questionário construído para avaliar a presença de doenças crônicas e problemas de saúde (hipertensão, diabetes, osteoporose, problemas dentários); Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)⁽¹³⁾ para

estimar a sintomatologia depressiva; a Escala de Resiliência⁽¹⁴⁾ para identificar o nível de capacidade dos idosos perante as adversidades da vida; Escala de Apoio Social,⁽¹⁵⁾ Escala de Satisfação com a Vida (ESV)⁽¹⁶⁾ e a Escala de Afetos Positivos e Negativos.⁽¹⁷⁾

O BOAS é um instrumento que avalia informações gerais, de saúde física, serviços médicos, saúde mental e capacidade funcional. Para este estudo, foram obtidas as perguntas de idade, sexo, estado civil, saber ler e escrever, renda, trabalho e arranjo de moradia.⁽¹¹⁾

O WHOQOL-Old é uma versão do WHOQOL-100, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas. Consiste em um instrumento de fácil aplicação e que engloba a percepção subjetiva do idoso quanto à autonomia, participação social, funcionamento do sensorio, intimidade, morte e morrer e atividades passadas, presentes e futuras.⁽¹²⁾ Para análise dos dados do presente estudo, a variável foi dicotomizada de acordo com a mediana, em que 85 pontos ou menos representava baixa qualidade de vida e acima dessa pontuação indicava alta.

A EDG-15 foi aplicada para verificar os sintomas depressivos, utilizando questões que avaliam como a pessoa se sentiu nos últimos sete dias. Os idosos classificados com sintomas tiveram um escore igual ou maior que cinco pontos.⁽¹³⁾

A escala de resiliência permite estimar o nível do enfrentamento do idoso perante os eventos da vida, sendo composta por 25 questões que têm como opção de resposta uma escala de um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente). As pontuações mais altas se referem a um nível alto de resiliência.⁽¹⁴⁾

A Escala de Apoio Social é constituída por 19 itens, em que aponta a frequência para cada tipo de apoio e é medida por valores do tipo *Likert* que varia de um a cinco pontos, podendo alcançar um total de 95 pontos. Quanto maior o escore total, maior é o apoio que o indivíduo recebe. Esse instrumento possui cinco opções de respostas, desde um para nunca e cinco para sempre. Foram classificados com baixo apoio o idoso que pontuou de 0-33 pontos e alto apoio acima de 34 pontos.⁽¹⁵⁾

A ESV é composta por cinco perguntas com respostas que vão de um (discordo totalmente) e sete (concordo totalmente), permitindo inferir o quanto satisfeito o participante se encontra e, quanto mais próximo de 35, melhor é o resultado.⁽¹⁶⁾

A escala de afetos positivos e negativos almeja identificar a frequência de sentimentos que o entrevistado apresentou nos últimos dias, variando de um (nada) e sete (extremamente). Os resultados são mais satisfatórios para os itens de afetos positivos quando a resposta é mais próxima

de sete e, para os itens de afetos negativos, quanto mais próximo do zero.⁽¹⁷⁾ Os afetos positivos avaliados eram se sentir feliz, satisfeito, divertido, otimista e alegre, enquanto que os negativos eram representados por se sentir deprimido, frustrado, raivoso, preocupado e infeliz.

Foi estabelecida como variável dependente do estudo a qualidade de vida e as independentes foram as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, sabe ler e escrever, estado civil, renda, trabalho e arranjo de moradia), problemas de saúde (dentários, osteoporose, diabetes, hipertensão e sintomas depressivos), resiliência, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e apoio social.

Os dados foram tabulados e analisados no SPSS versão 21.0, sendo digitados em dupla entrada por digitadores independentes e as discrepâncias revisadas e corrigidas pela coordenadora da coleta de dados. A posteriori, foi utilizada a estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão, mínimo, máximo, mediana) e inferencial (Qui Quadrado de Pearson; *Kolmogorou Smirnov*, Teste de correlação de *Spearman* e Regressão Logística Múltipla). Em todas as análises o nível de significância foi de 5% (p -valor $<0,05$).

A avaliação da força de correlação foi mediada pelo seguinte critério: $r=1$ (perfeita); $0,8 < r < 1$ (muito alta); $0,6 < r < 0,8$ (alta); $0,4 < r < 0,6$ (moderada); $0,2 < r < 0,4$ (baixa); $0 < r < 0,2$ (muito baixa); $r=$ zero (nula), sendo explicado do mesmo modo para os valores negativos de coeficiente de correlação.

O critério de entrada na modelagem foi apresentar p -valor $<0,02$ nas análises bivariadas, almejando verificar a precisão dessa associação. O método utilizado no modelo foi o *Backward*.

O estudo atendeu a todos os pressupostos éticos, de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e iniciou-se mediante parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob número 1.413.599/16.

RESULTADOS

A amostra do estudo apresentou uma hegemonia de idosos jovens com faixa etária de 60 a 70 anos (53,5%; $n=85$), mulheres (76,7%; $n=122$), que sabiam ler e escrever (66,7%; $n=104$), nunca casaram ou são viúvos/divorciados (66,0%; $n=105$), recebem até um salário mínimo (71,1%; $n=113$) e que não trabalham (77,9%; $n=124$). No tocante ao arranjo de moradia, verifica-se que o idoso divide espaço com uma a quatro pessoas (58,5%; $n=93$). Ao avaliar a qualidade de vida, observou-se uma hegemonia da baixa qualidade entre os idosos (82,1%; $n=128$). A tabela 1 exhibe os dados referentes à associação da qualidade de vida e os dados

sociodemográficos, em que as variáveis idade, estado civil e trabalho apresentaram associação estatística significativa. A baixa qualidade de vida predominou entre os idosos do sexo feminino, maiores de 70 anos, solteiros, não trabalham, moram sozinhos e com renda de até um salário.

Tabela 1. Distribuição da qualidade de vida dos idosos segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Qualidade de vida			Amostra válida/em falta
	Baixa n(%)	Alta n(%)	p-value*	
Sexo				
Masculino	16 (43,2)	21 (56,8)	0,50	156/3
Feminino	59 (49,6)	60 (50,4)		
Idade				
60 a 70 anos	34 (40,5)	50 (59,5)	0,04	156/3
> 70 anos	41 (56,9)	31 (43,1)		
Sabem ler e escrever				
Sim	50 (48,1)	54 (51,9)	1,00	156/3
Não	25 (48,1)	27 (51,9)		
Estado civil				
Casado/morando junto	19 (35,8)	34 (64,2)	0,02	156/3
Viúvo/divorciado/nunca casou	56 (54,4)	47 (45,6)		
Trabalha				
Sim	7 (26,9)	19 (73,1)	0,01	156/3
Não	65 (52,4)	59 (47,6)		
Arranjo de moradia				
Mora sozinho	11 (52,4)	10 (47,6)	0,67	156/3
Mora com alguém	64 (47,4)	71 (52,6)		
Renda				
Até 1 salário	14 (58,3)	10 (41,7)	0,89	156/3
Mais de 1 salário	34 (25,8)	98 (74,2)		

*Teste de Qui-quadrado de Pearson

Ao analisar as variáveis referentes a problemas de saúde com a qualidade de vida, observou-se a supremacia de baixa qualidade de vida em idosos com osteoporose, diabetes, hipertensão, problemas nos dentes e com sintomas depressivos. Apenas diabetes e hipertensão não apresentaram associação significativa estatisticamente (Tabela 2).

No que se refere às médias dos domínios da WHOQOL, o domínio que diz respeito ao funcionamento do sensorio, o qual avalia o funcionamento cognitivo e as habilidades sensoriais, apresentou o menor escore (média: 9,1; desvio padrão: 2,8), enquanto o domínio participação social, que avalia a participação nas atividades da comunidade, os idosos obtiveram o maior escore (média: 14,3; desvio padrão: 3,1), seguido de atividades passadas, presentes e futuras (média: 14,0; desvio padrão: 3,1). A tabela 3 exibe os resultados referentes à análise de correlação de Spearman, verificando-se que todas as variáveis se apresentaram correlacionadas com o escore total da WHOQOL. O escore total da escala de satisfação com a vida, afetos positivos e negativos indicaram uma correlação moderada. Apenas o escore de afetos negativos apontou um coeficiente negativo, significando dizer que na medida em que a qualidade de

Tabela 2. Associação entre as variáveis da qualidade de vida e os problemas de saúde dos idosos estudados

Variáveis	Qualidade de vida			Amostra válida/em falta
	Baixa n(%)	Alta n(%)	p-value*	
Problemas de saúde				
Osteoporose				
Sim	26(65,0)	14(35,0)	0,008	153/6
Não	46(40,7)	67(59,3)		
Diabetes				
Sim	27(58,7)	19(41,3)	0,094	156/3
Não	47(43,9)	60(56,1)		
Hipertensão				
Sim	58(50,4)	57(49,6)	0,324	156/3
Não	17(41,5)	24(58,5)		
Problemas nos dentes				
Sim	33(61,1)	21(38,9)	0,015	155/4
Não	41(40,6)	60(59,4)		
Sintomas depressivos				
Com sintomas	52(69,3)	23(30,7)	<0,001	156/3
Sem sintomas	23(28,4)	58(71,6)		

* Teste de Qui-quadrado de Pearson

Tabela 3. Correlação entre o escore total da WHOQOL e variáveis analisadas dos idosos

Variáveis	Escore total da WHOQOL	
	Coefficiente de correlação	p-value*
Escore total da escala de satisfação com a vida	0,464	<0,001
Escore total da escala de resiliência	0,304	<0,001
Escore total de afetos positivos	0,545	<0,001
Escore total de afetos negativos	-0,452	<0,001
Escore total da escala de apoio social	0,341	<0,001

*Teste de Correlação de Spearman

vida aumenta os afetos negativos diminuem ou acontece o inverso.

As variáveis (trabalho, osteoporose, problemas nos dentes e sintomas depressivos) foram adicionadas no modelo de regressão logística da baixa qualidade de vida. Os dados permitem inferir que ter osteoporose, problemas nos dentes e sintomas depressivos aumentam 2,8, 3,0 e 5,4 vezes a chance de apresentar baixa qualidade de vida. A análise da área sob a curva Receiver Operating Characteristics (ROC) para o modelo foi 0,77 (IC 0,69-0,85; p<0,001) (Tabela 4).

Tabela 4. Variáveis associadas à baixa qualidade de vida dos idosos por meio de regressão logística

Variáveis	OR*	IC†	p-value ‡
Teve osteoporose			
Sim	2,75	[1,17-6,46]	0,010
Não	1,00	-	-
Tem problemas nos dentes			
Sim	3,00	[1,37-6,55]	0,006
Não	1,00	-	-
Sintomas depressivos			
Com sintomas	5,37	[2,59-11,14]	<0,001
Sem sintomas	1,00	-	-

* Odds Ratio; †IC = Intervalo de confiança; ‡ Significância do teste; R² ajustado: 0,29%; Acurácia do teste: 0,342

DISCUSSÃO

Em relação aos dados sociodemográficos, o estudo apontou que sua maioria corresponde a idosos jovens, convergindo com a literatura,^(4,6) entretanto, sabe-se que o número de idosos longevos está aumentando com o passar dos anos, mostrando que a população idosa está envelhecendo.⁽¹⁸⁾

Quanto à escolaridade, a maioria consiste em idosos que sabem ler e escrever, o que é considerado fator positivo, visto que a escolaridade baixa pode prejudicar o alcance à informação e à educação em saúde, o que pode dificultar a adesão de hábitos saudáveis como também do tratamento e condutas recomendadas por profissionais de saúde.⁽¹⁹⁾

É predominante também idosos que não trabalham e têm como renda única um salário mínimo, corroborando com outros estudos.⁽¹⁹⁾ Estes idosos moram ainda com uma a quatro pessoas, o que pode ser benéfico já que alguns idosos sentem a necessidade de um cuidador ou de um familiar na realização de atividades, em consequência da diminuição das funções físicas e cognitivas.⁽²⁰⁾

No que diz respeito ao sexo, observou-se a predominância de mulheres, o que caracteriza a feminização da velhice, sendo constatado em outras pesquisas.^(20,21) Apesar de melhor expectativa de vida em comparação com os homens,⁽²⁰⁾ dados demonstram que as mulheres apresentaram baixa qualidade de vida, o que pode justificar-se pela redução na autonomia à medida que o envelhecimento progride, reduzindo assim a qualidade de vida na terceira idade.⁽²¹⁾

As aposentadorias são as principais fontes de renda dos idosos e este rendimento comumente diminui quando estes se aposentam. Desta forma, fatores socioeconômicos podem influenciar na qualidade de vida, de modo que idosos com baixa renda apresentam maior grau de insatisfação.⁽²¹⁾

Os idosos viúvos, divorciados, que nunca casaram e que moram sozinhos podem apresentar baixa qualidade de vida. Por esse motivo, a literatura demonstra a relevância do convívio social nesta fase da vida, onde ocorre um maior isolamento social, já que esses aspectos são um importante fator de risco para morbimortalidade e déficits cognitivos.⁽²¹⁾

Com o avanço dos estudos sobre o envelhecimento, observa-se que essa fase surge acompanhada pela presença de DCNT. Dentre as diversas morbidades que acometem os idosos, a depressão destaca-se como o transtorno mental mais comum e, a prevalência atinge 33,3%, principalmente em mulheres idosas.⁽²²⁾

Corroborando o presente estudo, a depressão demonstrou-se relevante e capaz de diminuir a qualidade de vida e isso pode ser justificado devido a fatores como sexo feminino, idade avançada, multimorbidades, isolamento social e sub diagnósticos por parte dos profissionais de saúde que

acreditam que os sintomas depressivos são intrínsecos do envelhecimento.^(3,22)

Não obstante, no que se refere ao isolamento social, apesar de ser uma das principais variáveis presentes em idosos vulneráveis, os resultados deste estudo revelaram que o maior escore da avaliação da qualidade de vida ocorreu no domínio de participação social e, por isso, faz-se necessário o fortalecimento da rede de suporte social entre esses indivíduos.⁽²³⁾

Quanto à participação social, tendo em vista que é um importante moderador de enfrentamento da senilidade, o estudo mostrou que esta variável se associa a de qualidade de vida. Apesar de serem, em sua maioria, viúvos/divorciados, o arranjo de moradia e a participação em grupos comunitários motivam a manutenção de práticas saudáveis e de autopercepção da qualidade de vida.⁽⁸⁾

Sobre a resiliência, foi constatada neste estudo uma associação significativa com os índices gerais da qualidade de vida. Envelhecer representa uma estratégia de enfrentamento, sendo assim, uma necessidade de superação das limitações que se estabelecem, especialmente, diante das condições das doenças crônicas.⁽¹⁾ De igual modo, a capacidade funcional, o suporte social, a religiosidade e a espiritualidade são condições que contribuem para elevar os níveis de resiliência, bem como reduzir os afetos negativos e dificuldades que surgem durante essa fase, possibilitando a reflexão sobre o sentido da vida e a busca pela estabilidade e bem-estar psicológico.⁽²³⁾

Observou-se associação entre a osteoporose e a baixa qualidade de vida. A redução da massa óssea e corporal são características do processo de envelhecer, no entanto, a literatura aponta que idosos sedentários são mais propensos a desenvolverem fatores de riscos para doenças crônicas, incluindo a osteoporose. Além disso, indivíduos do sexo feminino apresentam maiores chances de desenvolver essa doença após a menopausa, por influência hormonal.⁽²⁴⁾ Desse modo, uma vez que a baixa densidade óssea pode resultar em fraturas e possíveis quedas, a prática de exercícios físicos surge como uma alternativa significativa para preservar o bem-estar físico e melhorar os níveis de qualidade de vida.⁽²⁾

Em relação aos problemas dentários relatados pelos idosos, a perda dos dentes e a periodontite são os principais problemas de saúde pública, tendo em vista que afetam não somente o organismo como também autoestima e a qualidade de vida. Essa associação pode ser explicada por um estudo nacional que apontou que o sexo feminino é considerado fator de risco para as perdas de dentes, a baixa escolaridade possui influência na percepção de

autocuidado e que o processo de fluoretação é um fator protetivo para estas perdas.⁽²⁵⁾

De modo geral, haja vista que os idosos estavam satisfeitos com a qualidade de vida, permite-se inferir que afetos negativos como tristeza, raiva e frustração não possuem influência no modo de vida dessa população. Justifica-se estes achados pelos bons resultados de satisfação com a vida, resiliência e participação social, exibido no domínio do WHOQOL-OLD.

Com a realização desse estudo, identificou-se que existem diversas pesquisas disponíveis na literatura que avaliam a qualidade de vida de idosos, no entanto, é necessário compreender a particularidade de cada localidade e dispor na comunidade científica um amplo arcabouço teórico, para que posteriormente outras pesquisas realizem comparações.

A partir dos resultados apresentados sugere-se que estudos como este viabilizem estratégias para que os profissionais de saúde despertem interesse em avaliar a qualidade de vida da população idosa, direcionando os cuidados, particularmente, às doenças crônicas e suas consequências na qualidade de vida, e tornando-os protagonistas do cuidado durante o envelhecimento e processo de saúde-doença.

CONCLUSÃO

É possível concluir que a maioria dos idosos apresentam baixo nível de qualidade de vida, sendo mais prevalente entre mulheres, idosos longevos e que vivem sozinhos. Os problemas de saúde são fatores que interferem na qualidade de vida do idoso comunitário e aspectos como satisfação com a vida, nível de resiliência, apoio social e afetos positivos e negativos estão correlacionados a essa qualidade. As características avaliadas no presente estudo intensificam as novas reflexões acerca da fragmentação de estereótipos interligados ao envelhecimento e subsidiam o planejamento de ações e medidas que enfatizam a promoção da qualidade de vida a esse público alvo.

Contribuições

Concepção do estudo: Souto RQ. Coleta de dados: Brandão BMLS, Araújo GKN, Silva AMB. Análise e interpretação dos dados: Brandão BMLS, Araújo GKN, Souto RQ, Silva AMB, Santos RC. Discussão dos resultados: Brandão BMLS, Araújo GKN, Silva AMB, Santos RC. Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Brandão BMLS, Araújo GKN, Souto RQ, Silva AMB, Santos RC, Braga JEF. Aprovação final da versão final: Brandão BMLS, Araújo GKN, Souto RQ, Silva AMB, Santos RC, Braga JEF.

REFERÊNCIAS

1. Coelho FF, Michel RB. Associação entre cognição, suporte social e qualidade de vida de idosos atendidos em uma unidade de saúde de Curitiba/PR. *Ciênc Cogn*. 2018;23(1):54-62.
2. Costa IP, Bezerra VP, Pontes ML, Moreira MA, Oliveira FB, Pimenta CJ, et al. Quality of life of elderly people and its association with work. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0213.
3. Amaral TL, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GT. Multimorbidity, depression and quality of life among elderly people assisted in the Family Health Strategy in Senador Guiomard, Acre, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(9):3077-84.
4. Jesus IT, Diniz MA, Lanzotti RB, Orlandi FD, Pavarin SC, Zazzetta MS. Frailty and quality of elderly living in a context of social vulnerability. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):e4300016.
5. Leme DE, Thomaz RP, Borim FS, Brenelli SL, Oliveira DV, Fattori A. Study of the impact of frailty, multimorbidity and disability on survival of elderly outpatients. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(1):137-46.
6. Figueiredo EM, Corrente JE. Quality of life of elderly persons in Manaus measured by the Flanagan Scale. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(4):480-7.
7. World Health Organization. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-10.
8. Oliveira BC, Barbosa NM, Lima MS, Guerra HS, Neves CM, Avelar JB. Quality of life assessment in elderly from the community. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017;30(3):1-10.
9. Veras RP, Oliveira M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36.
10. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, Hunt EA, et al. Reporting guidelines for health care simulation research: extensions to the CONSORT and STROBE statements. *Simulation in Healthcare*. 2016;11(4):238-48.
11. Veras RP, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ/ UnATI; 2008.
12. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica*. 2006;40:785-91.
13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-26.
14. Wagnild GM, Young HM. Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993;1(2):165-78.
15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14.
16. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-5.
17. Galinha IC, Pereira CR, Esteves F. Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo-PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia*. 2014;28(1):50-62.

18. Buch A, Boker LK, Berner Y, Carmeli E, Goldsmith R, Stern N. Estimated frailty prevalence among Israeli elderly—results from a cross sectional national survey. *Isr J Health Policy Res.* 2018;7(1):18.
19. Machado WD, Gomes DF, Freitas CA, Brito MC, Moreira AC. Elderly with not transmitted chronic diseases: a group association study. *Rev. Ciênc. Saberes.* 2017;3(2):444-51.
20. Cardoso LK, Sampaio TS, Vilela AB. Caring services provided by relatives related to elderly interaction. *Rev Kairós.* 2017;20(1):353-67.
21. Esteves M, Vendramini SH, Santos ML, Brandão VZ, Soler ZA, Lourenção LG. Quality of life of hypertensive and diabetic elderly in an outpatient clinic. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2017;50(1):18-28.
22. Ribeiro VS, Rosa RS, Sanches GJ, Ribeiro IJ, Cassotti CA. Calidad de vida y depresión en idosos en el contexto domiciliar. *Revenf.* 2018;34:53-66.
23. Nery BL, Cruz KC, Faustino AM, Santos CT. Vulnerabilities, depression, and religiosity in the elderly hospitalised in an emergency unit. *Rev Gaúch Enferm.* 2018;39:e2017-0184.
24. Binda AC, Fréz AR, Daniel CR, Bertolini GR, Ruaro JA, Baroni MP. Functioning of active postmenopausal women with osteoporosis. *Fisioter Mov.* 2017;30(4):797-803.
25. Bomfim RA, Frias AC, Pannuti CM, Zilbovicius C, Pereira AC. Socio-economic factors associated with periodontal conditions among Brazilian elderly people - Multilevel analysis of the SBSP-15 study. *PLoS One.* 2018;13(11):e0206730.

APRENDIZAGEM DE ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E REANIMAÇÃO APÓS TREINAMENTO TEÓRICO E PRÁTICO

LEARNING FROM HIGH SCHOOL STUDENTS ABOUT CARDIORRESPIRATORY STOP AND REANIMATION AFTER THEORETICAL AND PRACTICAL TRAINING

APRENDIZAJE DE ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA SOBRE LA PARADA RESPIRATORIA CARDIORIAL Y LA REANIMACIÓN DE ANIMACIÓN POST TEÓRICA Y PRÁCTICA

Perpétua Mendes Magalhães Sereno¹

(<https://orcid.org/0000-0002-3650-0176>)

Lúcia Marinilza Beccaria¹

(<https://orcid.org/0000-0002-6299-4130>)

Caroline Benvenuti¹

(<https://orcid.org/0000-0001-9433-9117>)

Maria Clara Vioto Gragnani¹

(<https://orcid.org/0000-0003-4547-7825>)

João César Jacon²

(<https://orcid.org/0000-0002-7769-4659>)

Tais Pagliuco Barbosa²

(<https://orcid.org/0000-0002-5626-4529>)

Descritores

Reanimação cardiopulmonar;
Parada cardiorrespiratória;
Estudantes; Educação em saúde;
Enfermagem

Descriptors

Cardiopulmonary resuscitation;
Cardiorespiratory arrest; Students;
Health education; Nursing

Descriptores

Reanimación cardiopulmonar; Paro
cardiorrespiratorio; Estudiantes;
Educación en salud; Enfermería

Recebido

8 de Maio de 2020

Aceito

24 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído de dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, para obtenção do título de mestre, ano de 2018. *Linha de Pesquisa:* Educação em Saúde e Processo de Cuidar nos Ciclos de Vida. *Projeto-mãe:* Ensino-aprendizagem do Atendimento Inicial da Parada Cardíaca e Reanimação Cardiopulmonar para Estudantes e Enfermeiros.

Autor correspondente

Tais Pagliuco Barbosa
E-mail: tais.pagliuco@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Verificar o conhecimento de estudantes do ensino médio sobre parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar e avaliar o aprendizado de forma imediata e tardia após treinamento teórico e prático.

Métodos: Estudo experimental longitudinal, prospectivo, quantitativo, realizado em uma instituição pública e uma privada, por meio de questionário sobre suporte básico de vida. A estatística foi descritiva e inferencial por Teste *Friedman* e *Mann Whitney*.

Resultados: Os estudantes possuíam conhecimentos insuficientes, apresentando uma melhora significativa de forma imediata e tardia. As duas instituições apresentaram desempenho equivalente quanto aos acertos nos períodos pós-treinamento imediato e tardio. Os sinais de parada, manobras de reanimação e passos para utilização do desfibrilador externo tiveram menores índices de acertos.

Conclusão: Após treinamento, os estudantes demonstraram conhecimento para atuar diante de uma parada cardíaca e reanimação cardiopulmonar.

ABSTRACT

Objective: To verify the knowledge of high school students about cardiopulmonary arrest and cardiopulmonary resuscitation and to evaluate learning immediately and late after theoretical and practical training.

Methods: Longitudinal, prospective, quantitative experimental study, carried out in a public and a private institution, using a questionnaire on basic life support. The statistics were descriptive and inferential by the Friedman and Mann Whitney tests.

Results: The students had insufficient knowledge, showing a significant improvement immediately and late. The two institutions had an equivalent performance in terms of correct answers in the immediate and late post-training periods. The stop signs, resuscitation maneuvers and steps to use the external defibrillator had lower success rates.

Conclusion: After training, students demonstrated knowledge to act in the face of cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los conocimientos previos de los estudiantes de secundaria sobre el paro cardiopulmonar y la reanimación cardiopulmonar y verificar el grado de aprendizaje inmediatamente y tarde después de la capacitación teórico-práctica.

Métodos: Estudio experimental longitudinal, prospectivo, cuantitativo, realizado en una institución pública y privada, utilizando un cuestionario sobre soporte vital básico. Las estadísticas fueron descriptivas e inferenciales por las pruebas de Friedman y Mann Whitney.

Resultados: Los estudiantes tenían conocimientos insuficientes, mostrando una mejora significativa inmediata y tardía. Las dos instituciones tuvieron un desempeño equivalente en términos de respuestas correctas en los períodos inmediatos y tardíos posteriores a la capacitación. Las señales de alto, las maniobras de reanimación y los pasos para usar el desfibrilador externo tuvieron tasas de éxito más bajas.

Conclusión: Después del entrenamiento, los estudiantes demostraron conocimiento para actuar frente al paro cardíaco y la reanimación cardiopulmonar.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

²Centro Universitário Padre Albino, Catanduva, SP, Brasil.

Como citar:

Sereno PM, Beccaria LM, Benvenuti C, Gragnani MC, Jacon JC, Barbosa TP. Aprendizagem de estudantes de ensino médio sobre parada cardiorrespiratória e reanimação após treinamento teórico e prático. *Enferm Foco*. 2021;12(3):482-8.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3746

INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, caracterizada pela cessação dos batimentos cardíacos e movimentos respiratórios.⁽¹⁾ Estudos internacionais informam que nos Estados Unidos aproximadamente 469.000 pessoas sofreram uma PCR.⁽²⁾

Embora não haja consenso no que se refere aos dados estatísticos de uma PCR, estima-se uma média de 200.000 eventos por ano no Brasil, onde 50% dos casos ocorrem em ambiente hospitalar e a outra metade em ambientes como residências, ambiente de trabalho e *shopping centers*.⁽³⁾ Segundo os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, as altas taxas de mortalidade da população brasileira por doenças cardíacas representa um problema de saúde pública.⁽⁴⁾

O atendimento inicial das situações de emergência é conhecido como Suporte Básico de Vida (SBV), que inclui as manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em vítimas de PCR, a desfibrilação por meio de Desfibrilador Externo Automático (DEA), manobras de desobstrução de vias aéreas devido a corpo estranho, rápido reconhecimento das situações de gravidade, podendo ser realizado por qualquer indivíduo previamente treinado.⁽⁵⁾

O sucesso da RCP deve-se ao reconhecimento imediato, ativação do serviço de emergência e início de Compressões Torácicas (CT). Neste sentido, a capacitação de leigos para o atendimento precoce em situações de emergência é fundamental para salvar vidas e prevenir sequelas.⁽¹⁾

Atualmente, o índice de sobrevivência, quando se tem uma população bem treinada é de 70%, o que difere de dados anteriores em que essa taxa era de apenas 2%. Nos últimos 50 anos, pesquisas foram desenvolvidas e aprimoradas com o intuito de melhorar os princípios de padronização ao atendimento à PCR e emergências cardiovasculares.⁽⁶⁻⁸⁾ Em 2015, a *American Heart Association* (AHA) elaborou as diretrizes para o atendimento das vítimas de PCR, após um longo processo internacional de avaliação das evidências envolvendo 250 revisores de 39 países.^(8,9)

Estudo em vítimas com parada cardiorrespiratória em ambiente extra-hospitalar demonstrou que a RCP somente com CT foi equivalente ou superior à RCP convencional, com ciclos de 30 compressões para duas ventilações, em termos de benefícios neurológicos quando realizados em adultos.⁽¹⁰⁾ O treinamento em SBV para leigos promove habilidades cognitivas que possibilitam a identificação da PCR por espectadores e realização do atendimento inicial, o que aumenta a chance de sobrevivência da vítima, reforçando o conceito da obrigação social das pessoas em ajudar o outro.⁽¹¹⁾

Há alta incidência de situações emergenciais em que a população está exposta, muitas vezes, assistidas por adolescentes e crianças. Portanto, avaliar os conhecimentos adquiridos por estudantes após uma intervenção educativa pode auxiliar os profissionais da saúde e da educação na elaboração de estratégias para a implantação do ensino de SBV nas escolas. Considerando a importância de realizar o atendimento inicial em parada cardíaca, objetivou-se verificar o conhecimento de estudantes do ensino médio sobre parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar e avaliar o aprendizado de forma imediata e tardia após treinamento teórico e prático.

MÉTODOS

Experimental, longitudinal, prospectivo, com abordagem quantitativa.

Realizado em duas instituições de ensino fundamental e médio (uma privada e outra pública) de uma cidade do interior de São Paulo.

A amostra inicial foi de 150 alunos estudantes da escola privada e 150 alunos estudantes da escola pública, tendo como critério de exclusão aqueles que não compareceram em todas as três etapas da coleta de dados, e aqueles alunos e/ou pais que não assinaram o Termo de Assentimento e/ou Consentimento Livre e Esclarecido (TALE e TCLE), sendo assim, totalizando uma amostra final de 142 alunos participantes da escola privada e 83 alunos participantes da escola pública. Foram excluídos um total de 75 alunos da amostra da pesquisa seguindo os critérios de seleção dos mesmos.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro e maio de 2017, em horário escolar, no período matutino e vespertino, por meio de questionário embasado nas diretrizes da AHA 2015, contendo questões abertas e fechadas, sendo um questionário semi-estruturado. Nesse questionário foram abordadas questões como: Quais os sinais de uma pessoa em parada cardiorrespiratória; qual a profundidade deve ser efetuada uma compressão torácica e qual o local correto para efetuar a mesma, qual a sequência correta do uso do DEA, etc. A atividade foi realizada no pátio das escolas com turmas de aproximadamente 30 alunos cada grupo e duração de 50 a 60 minutos. Na primeira etapa da coleta de dados os estudantes responderam ao questionário para uma avaliação prévia de conhecimentos.

A segunda etapa foi participar de um treinamento teórico-prático, realizado pelo enfermeiro pesquisador e outro colaborador. O conteúdo teórico foi apresentado por meio de exposição oral abordando o conhecimento da situação de emergência, fundamentos teóricos de SBV, cadeia de

sobrevivência extra-hospitalar, reconhecimento da PCR, execução da RCP com ênfase nas CT, uso do DEA, acionamento do serviço médico de emergência, seguindo as diretrizes da AHA.

Na atividade prática foi realizada uma simulação de PCR em adulto, utilizando dois manequins específicos de RCP e um DEA, oferecendo a oportunidade aos estudantes de executarem as atividades práticas que aprenderam na teoria. No final do treinamento, foram reavaliados com o mesmo questionário (pós- imediato) e após três meses da aplicação do treinamento, não informando aos estudantes a data desse retorno, foi aplicado o mesmo instrumento para uma nova reavaliação (pós- tardio). Nas duas escolas, foram utilizados o mesmo questionário e o mesmo treinamento teórico-prático. Entretanto, a ausência da assinatura do TCLE e do TALE, principalmente na instituição pública, diminuiu o número de participantes.

O questionário aplicado foi tabulado em planilha do Excel, no qual as respostas erradas receberam valor de (-1), as respostas (não sei) receberam o valor de (0) e os acertos (+1), gerando uma somatória de *score* final de cada período aplicado. Nas questões abertas, as respostas foram agrupadas em palavras-chaves, seguindo um padrão de respostas semelhantes (categorias). Os *scores* finais de pontuação de cada questionário foram submetidos a teste estatístico. Após a tabulação dos dados foram exercidas duas análises estatísticas: descritiva e inferencial. No âmbito inferencial, foi usado o Teste *Friedman e Mann Whitney* para analisar a significância estatística entre os períodos (pré, pós- imediato e tardio).

Os resultados de independência entre as variáveis propostas se deram através da análise entre os valores de *p* (significância) ($p < 0,05$). Também foi utilizada a ferramenta de *Box e Whisker* na estatística descritiva. Por fim, todas as análises foram obtidas através do *Software SPSS Statistics* atreladas às funcionalidades da ferramenta Excel (versão 2016).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) de acordo com a Resolução do CNS 466/12. Protocolo nº 1.735.106, aprovado em 20 de setembro de 2016.

RESULTADOS

Na instituição privada a população foi 49% do sexo feminino e 51% do masculino, prevalecendo a idade de 14 anos. Na instituição pública houve o predomínio do sexo feminino (59%) e idade 15 e 16 anos. Em relação aos *scores* alcançados pelos estudantes da instituição privada, no período pré- treinamento, pós- imediato e tardio, foi obtida uma classificação média de 1,2; 2,4 e 2,4, respectivamente. Comparando

os *scores* dos períodos mencionados, obteve-se o valor $p < 0,0001$. Verificou-se que pelo menos uma de suas populações da amostra tende a produzir observações maiores do que outra. Com base na análise do teste *Friedman* houve diferença estatística significativa entre os períodos pré e pós- imediato, pré e tardio. Quando comparados os *scores* do período pós- imediato e pós- tardio não houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos analisados, pois o valor de *p* está a direita do valor alfa (0,05), se mostrando superior ($p > 0,8559$ - não significativo) (Figura 1).

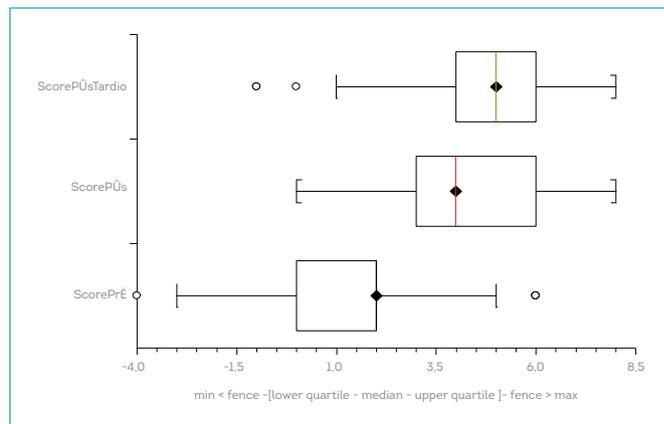


Figura 1. Comparação dos resultados dos questionários nos períodos pré, pós- imediato e tardio na instituição privada

Na instituição pública a classificação média foi: 1,2; 2,3 e 2,5 nos períodos pré, pós- imediato e tardio, respectivamente. Nas comparações entre pares (*Conover*), na instituição pública houve diferença estatística significativa entre os períodos pré e pós- imediato, pré e tardio. *Score* pré x *Score* pós $p < 0,0001$ - (significativo). *Score* pré x *Score* pós tardio $p < 0,0001$ - (significativo). Essa conclusão foi possível devido os valores de *p* está a esquerda de alfa (0,05), se apresentando inferior a tal. Entre os *scores* do período pós e pós- tardio não houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos analisados pois o valor de *p* está a direita do valor alfa (0,05), se mostrando superior ($p > 0,0565$ - não significativo) (Figura 2).

Na comparação entre os períodos pré, pós- imediato e pré- tardio foi utilizado o teste *Mann-Whitney*. *Score* pré- instituição privada x *score* pré- instituição pública ($p = 0,0017$). O valor de *p* está a esquerda de alfa (0,05), se apresentando inferior, ou seja, houve diferença estatística significante (Figura 3).

O *score* pós- imediato da instituição privada x *score* pós- imediato da instituição pública ($p = 0,1464$). O valor *p* está a direita de alfa (0,05), se apresentando superior, ou seja, o *score* pós- imediato da instituição privada não foi significativamente diferente que o da pública (Figura 4).

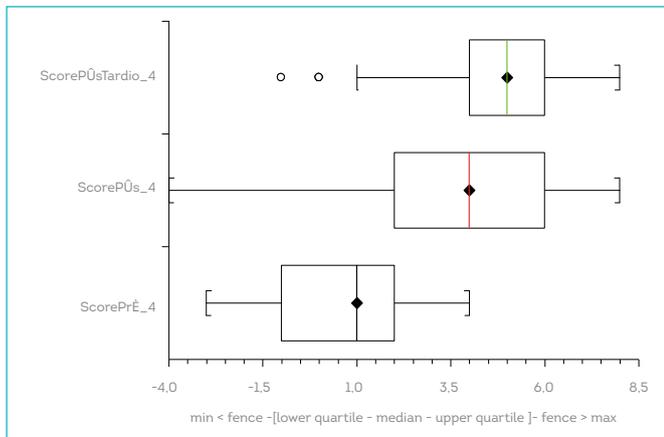


Figura 2. Comparação dos resultados dos questionários nos períodos pré, pós- imediato e tardio na instituição pública

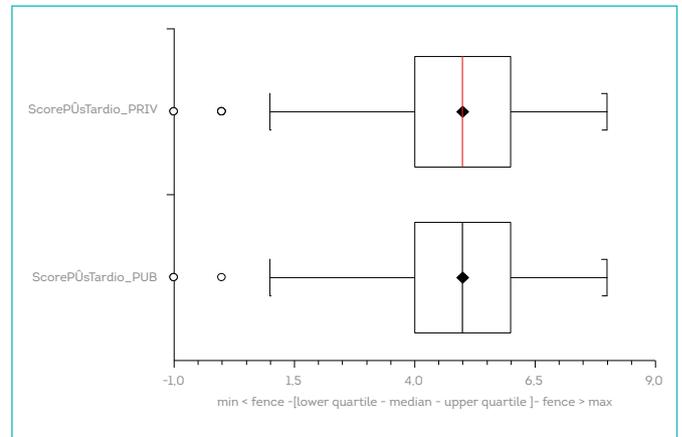


Figura 5. Comparação dos resultados dos questionários nos períodos tardio na instituição privada x tardio na instituição pública

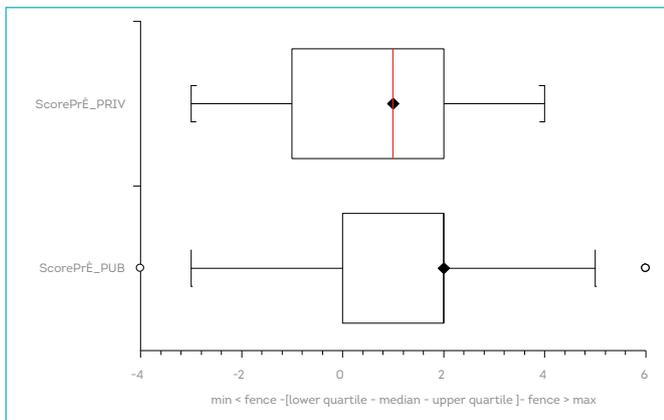


Figura 3. Comparação dos resultados dos questionários no período pré-treinamento na instituição privada X pré-treinamento na instituição pública

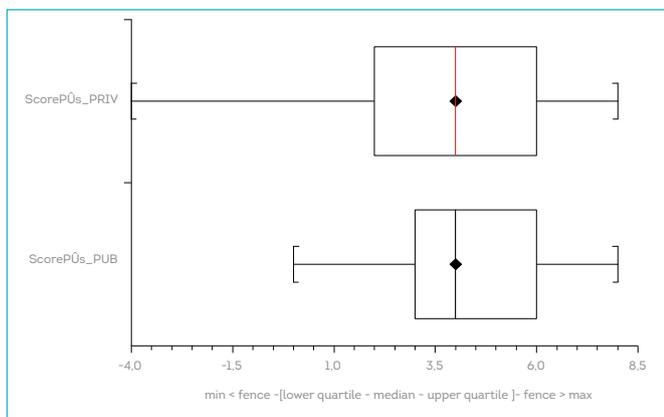


Figura 4. Comparação dos resultados do questionário nos períodos pós- imediato na instituição privada X pós- imediato na instituição pública

O score pós-tardio da instituição privada não foi significativamente diferente em relação à instituição pública $p=0,976$ (Figura 5).

Analisando as informações anteriores, pode-se visualizar que os scores do pré-treinamento da instituição privada e da pública apresentaram diferença estatística significativa ($p = 0,0017$). Nos períodos pós-treinamento não apresentaram scores significativamente diferentes, pós- imediato ($p= 0,1464$), no tardio ($score p = 0,976$). Ou seja, os alunos da instituição privada apresentaram maior número de acertos no questionário no período de pré-treinamento. Nos períodos de pós-treinamento imediato e tardio, as instituições não apresentaram diferenças no número de acertos das questões do questionário.

DISCUSSÃO

Considerando-se o aumento da população mundial e um sistema de saúde que não consegue acompanhar esse ritmo, torna-se necessário a formação de pessoas capacitadas ao atendimento de primeiros socorros.⁽¹²⁾ De acordo com estudo realizado em 2016, o Ministério da Saúde destaca a importância do período escolar para a abordagem da promoção da saúde por meio do desenvolvimento de ações para prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção.⁽¹³⁾ O SBV pode ser realizado por leigos capacitados ou profissionais da saúde, incluindo o reconhecimento imediato de um quadro de PCR, o acionamento do serviço médico de urgência, o início imediato das manobras de RCP e a rápida utilização de um DEA.^(14,15)

A prevalência de idade dos estudantes desta pesquisa foi de 15 e 16 anos na escola pública, em consonância com estudos realizados em Quixeramobim,⁽¹⁰⁾ que apresentaram resultados semelhantes. Na escola privada a média foi de 14 anos. No Reino Unido foi realizada uma pesquisa com o objetivo de definir a idade mais adequada para o ensino de RCP, evidenciando que os estudantes acima de 13 anos de idade se mostraram mais aptos para a aprendizagem

de RCP, obtendo uma taxa de sucesso semelhante ao dos adultos.⁽¹⁶⁾

Os estudantes demonstraram habilidades para realizar a RCP embora não tivessem participado de treinamento em primeiros socorros, o que coincide com pesquisa realizada no município de Cuité (Paraíba), onde todos os sujeitos não haviam entrado em contato com aulas e treinamentos em primeiros socorros na escola ou fora dela.⁽¹⁰⁾

Constatou-se que a maioria dos estudantes da instituição pública e privada errou ou não soube responder sobre a identificação de uma parada cardiorrespiratória. Considerou-se preocupante esse baixo índice de acertos, pois, uma vez identificada, deve-se iniciar as manobras de RCP com rapidez, já que a ocorrência de hipóxia por um período superior a cinco minutos leva ao risco de lesões cerebrais irreversíveis.⁽¹¹⁾

O ensino sobre reanimação cardiopulmonar quando iniciado no período escolar contribui para troca de experiência com o estudante, tornando um meio importante para a diminuição da morbimortalidade decorrente ao desconhecimento e despreparo sobre o assunto.⁽¹¹⁾ As crianças e adolescentes passam a maior parte do seu dia na escola, durante um longo período de tempo, estudando e desenvolvendo sua educação, caráter, cultura e cidadania, portanto, são transformadores sociais por meio do compartilhamento de seus saberes com as pessoas que estão ao seu redor.⁽¹²⁾

O desenvolvimento de um programa de treinamento de primeiros socorros direcionado para adolescentes em fase escolar auxilia na compreensão sobre a melhor forma de proceder diante de situações que colocam em perigo a vida de outras pessoas, no atendimento inicial de primeiros socorros.⁽¹³⁾

Estudos nacionais e internacionais comprovam a eficácia do ensino de SBV nas escolas.^(14,15) Destaca-se a pesquisa realizada em Ribeirão Preto (São Paulo), que envolveu alunos do ensino fundamental de uma escola pública, e estudo desenvolvido em Maceió (Alagoas), com estudantes do ensino médio, que apresentaram resultado satisfatório do aprendizado sobre SBV, ressaltando a importância da incorporação deste conteúdo na grade curricular das escolas públicas e privadas.⁽¹⁴⁾

Para atuar em uma cenário de RCP há necessidade de treinamentos periódicos e simulações. O nervosismo e a possibilidade de causar algum dano à vítima ao realizar o atendimento inicial foi o sentimento que predominou entre os estudantes. Estudos relatam que a população diante do *stress* causado por um evento de PCR leva a um desequilíbrio emocional, se sentem inseguras, sem habilidades

suficientes para o atendimento, ocasionando muitas vezes a demora em acionar o serviço de emergência e iniciar as manobras de RCP.⁽¹⁵⁾

Segundo a diretriz da PCR o socorrista deve iniciar o atendimento com compressões torácicas (C); abertura das vias aéreas (A); respiração (B); e desfibrilação (D).⁽⁶⁾ Entretanto, a sequência correta do atendimento foi uma das questões de menor índice de acertos em ambas instituições. Fato que pode ser justificado pela falta de conscientização, pelo desconhecimento acerca da PCR e das manobras de RCP. O ensino de SBV embora recomendado pela AHA, ainda não é uma realidade formal nas escolas brasileiras.⁽¹⁶⁾

Neste estudo, as questões sobre a frequência das compressões, profundidade e o local do corpo para efetuar-las, apresentaram acertos significativos após o treinamento no período imediato e tardio em ambas instituições. Pesquisa realizada com leigos para avaliar a prática das compressões antes e pós-treinamento não obteve diferenças significativas entre os períodos, quesito que é de extrema importância, porém o mais difícil de ser atingido.⁽⁷⁾ Observou-se que a questão com baixo aprendizado foi sobre a posição para realização de uma RCP eficaz, verificado no período pós-imediato da instituição pública.

No pré-treinamento dos estudantes da escola privada e pública aproximadamente metade responderam corretamente qual o o telefone do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). No pós-imediato e tardio houve um aumento significativo desse conhecimento. Os adolescentes, mesmo sabendo a necessidade de ligar para o serviço de emergência, sentem dificuldade em acionar o SAMU, muitos deles mencionaram o serviço policial, que embora não seja o correto, é uma ação positiva, já que mesmo não sendo um serviço de emergência, pode-se obter ajuda por meio dele.⁽¹⁶⁾ É importante salientar a importância da ativação do SAMU não somente para o envio rápido de socorro especializado mas também para fornecer informações importantes para o socorrista leigo, facilitando o atendimento à vítima.⁽¹⁷⁾

Há evidências de maior sobrevivência à uma PCR quando a pessoa presente no local realiza a RCP e rapidamente usa um DEA. Assim, o acesso rápido ao desfibrilador é um componente fundamental do sistema de atendimento.⁽⁶⁾ No Brasil não existe uma lei federal sobre o uso do DEA, mas alguns estados e municípios obrigam estabelecimentos com circulação de muitas pessoas a manter um DEA em local de fácil acesso para uso. No município de São Paulo existe a Lei 13.945, de 7 de janeiro de 2005, sobre a obrigatoriedade de desfibrilador externo automático em locais

que tenham concentração/circulação média de 1.500 ou mais pessoas.⁽¹⁸⁾

Sobre como utilizar o DEA, ocorreu baixo índice de acertos em ambas as instituições e em todos os períodos analisados, o que coincide com resultados de estudo realizado em 2014 que demonstrou que apenas 9,1% das pessoas leigas responderam corretamente os passos sobre como utilizar o DEA.⁽¹⁸⁾ Dado preocupante, pois a PCR em ambiente extra-hospitalar frequentemente tem como causa a taquicardia ventricular e fibrilação ventricular, arritmias graves que podem ser revertidas com o DEA.⁽¹⁹⁾

Em outra pesquisa realizada na cidade de Maceió (Alagoas), em 2014, observou-se que em relação aos conhecimentos gerais sobre RCP, os percentuais de acertos na avaliação imediata e tardia foram significativamente superiores no grupo da instituição privada comparado ao grupo da pública,⁽⁶⁾ diferenciando deste estudo, que não apresenta diferença estatística significativa entre os conhecimentos adquiridos entre os estudantes da escola pública e a privada, no pós- imediato e pós- tardio.

No conhecimento prévio, o grupo da instituição privada apresentou um maior índice de conhecimento em relação aos resultados da instituição pública, fato esse que pode ser justificado por fatores que acometem os alunos da rede pública no Brasil, tais como: menor acesso a informação, falta de atenção ou motivação, baixa renda, entre outros.⁽⁶⁾

Em relação aos conhecimentos adquiridos no período pós-tardio a instituição privada manteve os conhecimentos preservados, e a escola pública teve um pequeno aumento no número de acertos. Há uma tendência de crianças e adolescentes instruídos em RCP serem propensos a discutir o treinamento com a família, amigos, aumentando assim a conscientização sobre SBV.⁽⁶⁾

Quanto ao sentimento de felicidade, foi predominante em relação a conseguir realizar a RCP, corroborando com pesquisa em que os sujeitos demonstraram interesse e disposição para aprender as manobras cardiorrespiratórias.⁽¹⁹⁾ Reforça-se a relevância da ação educativa do enfermeiro ao contribuir no processo ensino-aprendizagem de pessoas leigas no atendimento à vítima com parada cardiorrespiratória.⁽²⁰⁾

Não há um consenso entre os pesquisadores sobre o intervalo de tempo ideal para os treinamentos sobre PCR/RCP. Sabe-se que as habilidades adquiridas após treinamento decaem de três a seis meses após a capacitação.

⁽⁶⁾ Estas afirmações são congruentes com este estudo, porque três meses após o treinamento, os estudantes demonstraram que os conhecimentos ainda estavam preservados. Os treinamentos de SBV com foco somente teórico

apresentam resultados inferiores quanto a retenção de conhecimentos, quando comparados aos treinamentos teóricos e práticos.⁽²⁰⁾ Corroborando com este estudo, optou-se por realizar os treinamentos para os estudantes de ensino médio envolvendo aula teórica e prática.

Nas duas instituições, a questão sobre o número do telefone do SAMU, apresentou um aumento significativo de acertos nos períodos pós-treinamento. Entretanto, pelo fato de ser um serviço direcionado para a população, esperava-se um maior número de respostas corretas no período pré-treinamento. Esta desinformação pode levar a demora no acionamento dos serviços de emergência médica e contribuir para o aumento de mortes e possíveis sequelas, por falta de atendimento especializado. Constatou-se a importância da implantação de treinamentos em primeiros socorros, a divulgação dos serviços médicos de emergência, tornando a população apta a reconhecer uma PCR, a fim de solicitar o atendimento de urgência e realizar o atendimento inicial.

Como limitação do estudo destaca-se a abordagem apenas teórica dos alunos, não houve avaliação das habilidades práticas, que pode ser objeto para uma próxima pesquisa.

Espera-se que a realização desse estudo contribua para que os gestores da saúde e educação se atentem ao processo de conscientização e informação dos leigos sobre SBV, ressaltando os principais ações para um atendimento eficaz em PCR, como agir diante de uma situação de emergência e divulgação dos serviços especializados de emergência. A melhora do conhecimento do leigo sobre SBV, pode influenciar a alta incidência de mortalidade decorrente da PCR extra-hospitalar.

CONCLUSÃO

A maioria dos estudantes do ensino médio não possuíam conhecimentos prévios suficientes sobre SBV. No período imediato houve aumento significativo do conhecimento após o treinamento teórico-prático. Por outro lado, observou-se a retenção do aprendizado no período tardio, de forma satisfatória. Houve questões com maior e menor índice de acertos, o que possibilitou a identificação de itens importantes a serem abordados com maior ênfase nos treinamentos, como a utilização do DEA. Após aula teórica e prática os estudantes demonstraram conhecimento para atuar diante de uma PCR, portanto, sugere-se a inserção do SBV como parte integrante da grade curricular das escolas de ensino médio, de forma obrigatória. No entanto, enquanto isso não for possível, acredita-se que o enfermeiro seja o profissional indicado para realizar educação permanente sobre SBV para estudantes, afim de prepará-los

para o atendimento inicial da parada cardíaca e reanimação cardiopulmonar.

CONTRIBUIÇÕES

Perpétua Mendes Magalhães Sereno: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Lucia Marinilza Beccaria : concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica

do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Caroline Benvenuti: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados. Maria Clara Vioto Gragnani: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados. João César Jacon: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; aprovação da versão final a ser publicada. Tais Pagliuco Barbosa: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Lafetá AF, Paula BP, Lima CA, Leite LE, Paiva PA, Leão HM, et al. Suporte avançado de vida na parada cardiorrespiratória: aspectos teóricos e assistencial. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2015;13(1):653-63.
2. Ferreira MM, Silva BS, Bahiana PM, Costa RL, Menezes RO. Ressuscitação cardiopulmonar: uma abordagem atualizada. *Rev Enferm Contemp*. 2013;2(1):70-81.
3. Pergola AM, Araujo IE. O leigo e o suporte básico de vida. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):335-42.
4. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação sobre Mortalidade [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2018 Jan 05]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
5. Salazar ER, Gaspar ES, Santos MS. Diretrizes da American Heart Association parressuscitação cardiopulmonar: conhecimento de socorristas. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31(3):e20449.
6. American Heart Association. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE: Guidelines CPR ECC. Dallas: American Heart Association; 2015.
7. Chaves FL, Muniz PH, Lima LC, Morais HC, Holanda RE, Lopes BB. Reanimação cardiopulmonar nas escolas: avaliação de estratégia educativa. *Rev Expr Catól*. 2017;2(1):65-71.
8. Bobrow BJ, Clark LL, Ewy GA, Chikani V, Sanders AB, Berg RA, et al. Minimally interrupted cardiac resuscitation by emergency medical services for out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*. 2008;299(10):1158-65.
9. Tavares LF, Bezerra IM, Oliveira FR, Sousa LV, Raimundo RD, Sousa EC, et al. Knowledge of health sciences undergraduate students in objective tests on basic life support. *J Human Growth Develop*. 2015;25(3):297-306.
10. Barca FN, Rego JC, Silva LD, Pinheiro PS, Clazzer R. Suporte básico de vida na UERN: uma atividade extensionista. *Rev Extendere*. 2016;4(1):27-36.
11. Lima LL, Neves Junior R. Brigada Estudantil de Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros em Palmas (TO). *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(2):310-3.
12. Santos KL, Nóbrega VM, Leite IC, Cerqueira GS, Lopes CM, Oliveira TL, et al. Suporte básico de vida: uma visão integrativa. *Rev Digital*. 2015;20(205):1-9.
13. Gilioli JP, Freitas RV, Pavarino FL, Marson HP, Franqueiro NV, Gonsaga RA. Análise do aprendizado de suporte básico de vida e a obtenção prévia da autorização para conduzir veículos. *J Health Sci*. 2016;18(1):59-62.
14. Albuquerque AM. Salvando vidas: avaliando o conhecimento de adolescentes de uma escola pública sobre primeiros socorros. *Rev Enferm UFPE On-line*. 2015;9(1):32-8.
15. Silva KR, Araujo SA, Almeida WS, Pereira IV, Carvalho EA, Abreu MN. Parada cardiorrespiratória e o suporte básico de vida no ambiente pré-hospitalar: o saber acadêmico. *Saúde (Santa Maria)*. 2017;43(1):53-9.
16. Terassi M, Borges AK, Garanhani ML, Martín EA. A percepção de crianças do ensino fundamental sobre parada cardiorrespiratória. *Semina Ciênc Biol Saúde*. 2015;36(1):99-108.
17. Chaves FL, Muniz PH, Lima LC, Morais HC, Holanda RE, Lopes BB. Reanimação cardiopulmonar nas escolas: avaliação de estratégia educativa. *Rev Expr Catól Saúde*. 2017;2(1):65-72.
18. Miró O, Escalada X, Jiménez-Fábrega X, Díaz N, Sanclemente G, Gomez X. Programa de reanimación cardiopulmonary orientado a centros de enseñanza secundaria (PROCES): conclusiones tras 5 años de experiencia. *Emergencias*. 2008;20:229-36.
19. Matos DO, Souza RS, Alves SN. Inclusão da disciplina de primeiros socorros para alunos do ensino básico. *Rev Interdiscip*. 2016;9(3):168-78.
20. Chehuen Neto JA, Brum IV, Pereira DR, Santos LG, Moraes SL, Ferreira RE. Conhecimento e interesse sobre suporte básico de vida entre leigos. *Inter J Cardiovasc Scienc*. 2016;29(6):443-5.

QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM QUIMIOTERAPIA E FAMILIARES

QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND DEPRESSION IN CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY AND FAMILY MEMBERS

CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA Y FAMILIARES

Larissa Martins Cordeiro¹

Diana Gabriela Mendes dos Santos¹

Fabiana de Souza Orlandi¹

(<https://orcid.org/0000-0001-5370-3904>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1572-5322>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5714-6890>)

Descritores

Neoplasias; Qualidade de vida;
Ansiedade; Depressão

Keywords

Neoplasms; Quality of life; Anxiety;
Depression

Descriptores

Neoplasias; Calidad de vida;
Ansiedad; Depresión

Recebido

11 de Maio de 2020

Aceito

24 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Larissa Martins Cordeiro

E-mail: larissacordeiro2@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Verificar a relação entre qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas ansiosos e depressivos de pacientes oncológicos em quimioterapia e seus familiares.

Métodos: Estudo correlacional, transversal, quantitativo 130 pacientes e 130 familiares. Aplicaram-se os instrumentos caracterização sociodemográfica e clínica, *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey e Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Resultados: As frequências de sintomas ansiosos foram de 43 (33,1%) e 54 (41,5%) e sintomas depressivos foram de 25 (19,2%) e 20 (15,4%) nos pacientes oncológicos e nos familiares, respectivamente. Quanto à qualidade de vida relacionada à saúde os pacientes apresentaram pior pontuação nos aspectos físicos (27,9) e vitalidade (66,0) para os familiares. Os pacientes e familiares com sintomas depressivos e/ou ansiosos apresentaram pior qualidade de vida que os participantes sem os sintomas. Foram realizados teste de correlação entre as escalas de qualidade de vida e ansiedade e depressão e apresentaram significância estatística nos domínios aspecto social, vitalidade, aspectos físicos, aspectos emocionais e saúde mental.

Conclusão: Há relação entre a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde e presença de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes e familiares avaliados.

ABSTRACT

Objective: To verify the relationship between health-related quality of life and anxious and depressive symptoms of cancer patients undergoing chemotherapy and their family members.

Methods: Correlative, cross-sectional, quantitative study of 130 patients and 130 family members. The instruments sociodemographic and clinical characterization, *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey and Hospital Anxiety and Depression Scale* were applied.

Results: The frequency of anxious symptoms was 43 (33.1%) and 54 (41.5%) and depressive symptoms were 25 (19.2%) and 20 (15.4%) in cancer patients and family members, respectively. As for health-related quality of life, patients had worse scores on physical aspects (27.9) and vitality (66.0) for family members. Patients and family members with depressive and / or anxious symptoms had a worse quality of life than participants without symptoms. Correlation tests were performed between the scales of quality of life and anxiety and depression and showed statistical significance in the domains of social aspects, vitality, physical aspects, emotional aspects and mental health.

Conclusion: There is a relationship between the perception of health-related quality of life and the presence of depressive and anxious symptoms in patients and family members evaluated.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia y sus familiares.

Métodos: Estudio correlativo, transversal y cuantitativo de 130 pacientes y 130 familiares. Se aplicaron los instrumentos de caracterización sociodemográfica y clínica, *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey y Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Resultados: la frecuencia de los síntomas de ansiedad fue 43 (33,1%) y 54 (41,5%) y los síntomas depresivos fueron 25 (19,2%) y 20 (15,4%) en pacientes con cáncer y familiares, respectivamente. En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, los pacientes tuvieron peores puntajes en aspectos físicos (27,9) y vitalidad (66,0) para los miembros de la familia. Los pacientes y familiares con síntomas depresivos y / o ansiosos tenían una peor calidad de vida que los participantes sin síntomas. Se realizaron pruebas de correlación entre las escalas de calidad de vida y ansiedad y depresión y mostraron significación estadística en los dominios de aspectos sociales, vitalidad, aspectos físicos, aspectos emocionales y salud mental.

Conclusión: existe una relación entre la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes y familiares evaluados.

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

Como citar:

Cordeiro LM, Santos DG, Orlandi FS. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos em quimioterapia e familiares. *Enferm Foco*. 2021;12(3):489-95.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3801

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública no mundo e configura-se como uma das quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) entre a maior parte dos países.⁽¹⁾ No Brasil, a nova estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) aponta que para cada ano do triênio 2020-2022 ocorrerão 625 mil casos novos de câncer.⁽²⁾

Dentre as formas de tratamento para o câncer a quimioterapia (QT) é o método mais adotado, podendo proporcionar o aumento da expectativa de vida do paciente e a remissão do câncer, além de reduzir a possibilidade de metástases. Apesar disso, a QT causa sintomas físicos e psicológicos (náusea, vômito, perda de apetite, fadiga, insônia, ansiedade) que interferem na qualidade de vida (QV) e na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) do paciente.⁽³⁾

Diante dos desconfortos biopsicossociais vivenciados pelo paciente durante o curso da doença, a QVRS é afetada, merecendo atenção dos profissionais da área de saúde.⁽³⁾

O diagnóstico e tratamento do câncer é uma experiência altamente estressante para a maioria dos pacientes e dos familiares. Além do impacto emocional, há presença dos efeitos colaterais ao tratamento, como também pode existir a necessidade de realização dos procedimentos invasivos.⁽⁴⁾

Logo, a assistência de enfermagem prestada aos pacientes oncológicos deve ser direcionada à visão holística, realizada por prática embasada em conhecimento técnico científico e relação profissional/paciente, de forma humanizada, assegurando o respeito e empatia através da escuta qualificada de suas necessidades, orientando os pacientes e familiares sobre os efeitos colaterais existentes em decorrência do tipo específico de tratamento quimioterápico a ser realizado e oferecer medidas para melhorar sua QV.⁽⁵⁾

O câncer interfere no bem-estar psicológico dos pacientes e de seus familiares, e quando os pacientes estão angustiados ou deprimidos, seus familiares também se sentem da mesma forma.⁽⁶⁾ Com a evolução da doença para estágios mais avançados, sem nenhuma perspectiva de cura, o impacto emocional ao paciente e seus familiares é muito grande.⁽⁴⁾

A depressão é uma doença de grande importância que merece atenção. Mesmo sendo recorrente nos pacientes oncológicos, esse transtorno psiquiátrico muitas vezes não é diagnosticado ou tratado adequadamente.⁽⁷⁾

Apesar da avaliação da QVRS dos pacientes em QT possibilitar uma melhor compreensão da intensidade dos sintomas que ele apresenta e permitir quantificar o impacto que eles têm provocado em sua saúde, possibilitando assim o planejamento da estratégia terapêutica,⁽⁸⁾ os estudos que

abordam essa temática são escassos na literatura. Sawada, et al.⁽⁹⁾ realizaram um estudo tendo como objetivo caracterizar a produção científica do Brasil e Espanha quanto aos aspectos metodológicos e aos aspectos relacionados à qualidade de vida ligado à saúde, apresentados pelo paciente com câncer em tratamento quimioterápico dos dois países. Os autores relatam como uma de suas limitações a escassez de estudos na área, principalmente nas publicações brasileiras.

Frente ao exposto, esse trabalho objetiva analisar a relação entre a QVRS e os sintomas ansiosos e depressivos em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e em seus familiares. Tem-se como hipótese do presente estudo, a existência da relação entre a percepção da QVRS e a presença de sintomas ansiosos e depressivos nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e em seus familiares.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal e abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado em um ambulatório de QT do Instituto Amaral Carvalho (IAC), localizado no interior do estado de São Paulo.

O cálculo amostral foi realizado por um profissional estatístico, com base nos fatores associados à QVRS, o que resultou em uma amostra de 130 pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e 130 familiares.⁽¹⁰⁾

Os critérios de seleção para os pacientes foram possuir diagnóstico médico de câncer, independente do seu tipo e etiologia, estar em QT (tanto adjuvante, neoadjuvante ou paliativo), possuir idade igual ou superior a 18 anos e possuir um acompanhante familiar. Já para os familiares, deveriam possuir idade igual ou superior a 18 anos, ser um familiar do paciente (filhos (as), irmãos (ãs), sobrinhos (as), pai, mãe, neto (a), nora e tia) e acompanhá-lo durante o tratamento.

Para os pacientes foram adotados como critérios de exclusão ter finalizado a QT, estar em acompanhamento clínico, não estar com um acompanhante da família e possuir déficit auditivo ou visual graves. Em relação aos acompanhantes, foram excluídos do estudo, acompanhantes que não familiares, menores de 18 anos e os que apresentavam déficit adutivo e ou visual grave.

Após o aceite em participar da pesquisa, os pacientes e os familiares assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posteriormente iniciava a aplicação dos instrumentos. A coleta foi realizada por meio de entrevista individual, de dezembro de 2016 a maio de 2017 e foi aplicado os instrumentos de Caracterização Sociodemográfica

e Clínica, *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)* e a *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* nos pacientes e em seus familiares.

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da QVRS, validado no Brasil.⁽¹¹⁾ Apresenta questões do tipo Likert e possui oito dimensões. A pontuação é calculada por dimensão, variando de zero a 100, onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde.

A HADS é escala de rastreio de sintomas de depressão e ansiedade, já validada no Brasil.⁽¹⁰⁾ É composta por 14 questões do tipo Likert e compõe-se de duas subescalas para rastrear sintomas de ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação de cada subescala vai de zero a 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e depressão. No presente estudo adotou-se a pontuação de corte oito para atribuição de sintomas de ansiedade e de depressão.⁽¹²⁾

Os dados coletados foram organizados em banco de dados com dupla entrada. Para a análise estatística dos dados foi utilizado o *Statistical Analysis System*, versão 9.2. Foram construídas tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%). Após a confirmação de ausência de normalidade dos dados, por meio do Teste de *Kolmogorou-Smirnov*, realizou-se o teste de *Mann-Whitney* para comparar os escores das dimensões de QVRS do SF-36, segundo o nível de sintomas depressivos e ansiosos avaliados pela HADS.

Também foram verificados os Coeficientes de Correlação de Spearman entre os escores das dimensões do SF-36 e da HADS. No presente estudo, a magnitude das correlações foi classificada conforme proposição de franca (<0,3), moderada (0,3 a 0,59), forte (0-6 a 0,9) e perfeita (1,0).⁽¹³⁾ O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% (P<0.05).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de acordo com a portaria 466/12 pelo Hospital Amaral Carvalho (HAC) (Parecer CEP: 1.842.423) e da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Parecer CEP: 1.680.639).

RESULTADOS

Dentre os pacientes entrevistados, houve o predomínio do sexo feminino representando 72,3% com idade média igual ou superior a 60 anos (54,6%), com parceiros fixo (61,5%) e ensino fundamental (41,5%).

Quanto ao tipo de câncer, houve prevalência do câncer de mama (39,2%), seguido pelo de intestino (21,5%), pulmão (7,7%), ovário (4,6%), estômago (4,6%), próstata 3,1%),

cabeça e pescoço (3,1%), mieloma múltiplo (3,1%), útero (2,3%), partes moles (2,3%), leucemia linfóide crônica (1,5%), pâncreas (1,5%) e outros (5,4%).

Em relação aos familiares entrevistados, a maioria era do sexo feminino (65,4%), com média de 47,1 anos, com ensino superior completo (39,2%), parentesco de filho (41,5%), residindo com o paciente (65,4%), empregado (61,5%) e auxiliava o paciente em alguma atividade do dia-a-dia (76,9%).

Quanto à frequência de sintomas de ansiedade e depressão na amostra estudada, 43 pacientes (33,1%) e 54 familiares (41,5%) apresentaram sintomas de ansiedade. A sintomatologia de depressão foi verificada em 25 pacientes (19,2%) e 20 familiares (15,4%). Os pacientes apresentaram média de 5,9 para sintomas ansiosos e 4,5 para os sintomas depressivos, enquanto os familiares apresentaram média de 7,13 para sintomas ansiosos e 4,2 para os sintomas depressivos.

Em relação à QVRS dos pacientes com câncer em QT e seus familiares, verifica-se na tabela 1 que a percepção da QVRS dos pacientes apresentou maior prejuízo nos aspectos físicos, seguido de aspectos emocionais e vitalidade. Observa-se ainda, de forma geral, os escores das dimensões do SF-36 avaliadas pelos pacientes foram inferiores à de seus familiares, porém verifica-se que a vitalidade dos familiares também se mostrou comprometida.

Tabela 1. Escores médios das dimensões da QVRS avaliadas pelo SF-36 dos pacientes oncológicos em QT e de seus familiares

Dimensões do SF-36	Pacientes	Familiares
Capacidade funcional	66,2	86,7
Aspectos físicos	27,9	72,7
Dor	60,1	74,3
Estado geral de saúde	65,2	72,4
Vitalidade	58,7	66,0
Aspectos sociais	65,0	76,0
Aspectos emocionais	57,4	73,6
Saúde mental	71,0	72,1

Quanto a relação entre a QVRS e os sintomas depressivos e ansiosos dos pacientes e seus familiares, observa-se na tabela 2 que houve correlação negativa, (quanto maior os escores dos aspectos físicos, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, das dimensões do SF-36, menores foram as pontuações da HADS para ansiedade e depressão) de fraca a forte magnitude, com significância estatística com todos os domínios do SF-36 para os pacientes. Confirmando-se também entre os familiares, exceto nas correlações entre capacidade funcional e sintomas ansiosos e depressivos, entre dor e sintomas depressivos e entre estado geral de saúde e sintomas ansiosos.

Tabela 2. Coeficientes de Correlação de Spearman entre os domínios de QVRS do SF-36 e as dimensões de ansiedade e depressão da HADS dos pacientes oncológicos em QT e de seus familiares

Domínio SF-36		Pacientes		Familiares	
		Sintomas de ansiedade	Sintomas de depressão	Sintomas de ansiedade	Sintomas de depressão
CF	R	-0,444	-0,493	-0,112	-0,126
	<i>p-value</i>	<0,001*	<0,001*	0,205	0,154
AF	R	-0,228	-0,225	-0,290	-0,312
	<i>p-value</i>	0,010*	0,010*	0,001*	0,001*
D	R	-0,429	-0,292	-0,193	-0,135
	<i>p-value</i>	<0,001*	0,001*	0,028*	0,125
EGS	R	-0,384	-0,399	-0,150	-0,368
	<i>p-value</i>	<0,001*	<0,001*	0,088	<0,001*
V	R	-0,458	-0,408	-0,488	-0,571
	<i>p-value</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
AS	R	-0,408	-0,422	-0,404	-0,262
	<i>p-value</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,003*
AE	R	-0,452	-0,389	-0,443	-0,357
	<i>p-value</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
SM	R	-0,619	-0,623	-0,594	-0,418
	<i>p-value</i>	<0,001*	<0,001*	0,001*	<0,001*

CF - Capacidade Funcional; AF - Aspectos Físicos; D - Dor; EGS - Estado Geral de Saúde; V - Vitalidade; AS - Aspectos Sociais; AE - Aspectos Emocionais; SM - Saúde Mental; *significância estatística

Na tabela 3 verifica-se que os pacientes oncológicos em QT com sintomas depressivos ou ansiosos apresentaram pior percepção da QVRS, com diferença estatisticamente em todas as dimensões do SF-36.

Ainda na tabela 3 verifica-se que os familiares com sintomatologia de depressão ou de ansiedade apresentaram pior QVRS, com diferença estatisticamente significativa na maioria das dimensões do SF-36, exceto dor (com sintomas de depressão) e dor e vitalidade (com sintomas de ansiedade).

DISCUSSÃO

Entre os pacientes com câncer, a maioria era do sexo feminino, adultos, com parceiro e ensino fundamental completo, o que corrobora com estudos nacionais e internacionais da mesma natureza.^(14,15)

No presente estudo verificou-se o predomínio do diagnóstico de câncer de mama nos pacientes avaliados, resultados esses semelhantes aos encontrados por Jesus et. Al⁽¹⁶⁾ em uma pesquisa realizada com 110 pacientes com câncer em tratamento clínico onde obteve-se como resultado a prevalência do câncer mama, representando 30,0% da amostra do estudo. Acreditamos que esse resultado é o reflexo da prevalência do sexo feminino na amostra do presente estudo, visto que o câncer de mama é o mais prevalente entre as mulheres.⁽²⁾

O segundo tipo de câncer mais frequente na presente pesquisa foi o câncer de intestino (21,5%). No estudo de Sauer et al⁽¹⁷⁾ também referiu que o câncer gastrointestinal apresentavam como o segundo mais frequente, sendo 205 (18,9%).

Quanto à caracterização dos familiares entrevistados, diversos estudos apresentam semelhança aos resultados referentes ao sexo, faixa etária, nível de escolaridade, grau de parentesco, moradia, vínculo empregatício e ajuda nas realizações das atividades.^(18, 19)

A sintomatologia de ansiedade observada no presente estudo foi elevada, especialmente entres familiares, observando-se percentuais menores nos estudos publicados na literatura.^(20,21) Em relação à depressão, observa-se que a sintomatologia identificada na presente pesquisa vai ao encontrado da literatura.⁽²²⁾

Niedzwiedz et al⁽²³⁾ evidenciou em seu trabalho que os fatores relacionados ao tipo câncer, estágio da doença, seu prognóstico e ao tipo tratamento podem impactar no desenvolvimento sintomas ansiosos e depressivos.

Outro aspecto verificado na presente investigação refere-se ao comprometimento físico da QVRS dos pacientes oncológicos em QT entrevistado, indo ao encontro de outro estudo.⁽²⁴⁾

A pesquisa foi realizada em duas instituições hospitalares filantrópica, no município de João Pessoa, avaliaram

Tabela 3. Comparação da percepção das dimensões da QVRS avaliadas pelo SF-36, segundo a presença de sintomas depressivos e ansiosos mensurados pela HADS dos pacientes oncológicos em QT e de seus familiares

HADS	SF-36								
	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM	
Pacientes	Sem sintomas depressivos	72,0	33,1	67,9	68,7	62,6	71,2	63,8	77,0
	Com sintomass depressivos	41,6	6,0	46,2	50,4	42,6	39,0	30,7	45,9
	<i>p-value*</i>	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*
	Sem sintomas ansiosos	75,9	34,2	72,2	70,2	65,1	75,0	70,5	80,3
	Com sintomas ansiosos	46,4	15,1	46,5	55,0	45,9	44,8	31,0	52,1
	<i>p-value**</i>	0,001*	0,005*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*
Familiares	Sem sintomass depressivos	87,3	77,5	75,2	74,2	69,9	78,7	77,7	75,3
	Com sintomass depressivos	83,3	47,6	69,6	62,6	46,2	61,9	52,4	55,6
	<i>p-value**</i>	0,550	0,003*	0,464	0,005*	0,001*	0,037*	0,013*	0,001*
	Sem sintomas ansiosos	88,5	82,9	76,3	73,7	73,2	83,4	87,3	79,7
	Com sintomas ansiosos	84,2	58,3	71,5	70,5	55,9	65,5	54,3	61,5
	<i>p-value**</i>	0,490	0,001*	0,330	0,292	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*

CF - Capacidade Funcional; AF - Aspectos Físicos; D - Dor; EGS - Estado Geral de Saúde; V - Vitalidade; AS - Aspectos Sociais; AE - Aspectos Emocionais; SM - Saúde Mental; *significância estatística; **Teste de Mann-Whitney

a QVRS de pacientes com câncer em cuidados paliativos e a associação com aspectos sociodemográficos e clínicos. Foram entrevistados 127 pacientes e o instrumento utilizado para avaliar a QV foi o EORTC QLQ C-30 (versão 3.0). Os resultados encontrados foram os baixos escores nas Escalas Funcionais, destacando o Desempenho de Papel com pior avaliação, seguido da Função Física e Social, e pelos elevados escores da Escala de Sintomas, encontrando-se a Dor.⁽²⁵⁾

É de suma importância avaliar a QV dos familiares cuidadores dos pacientes oncológicos em QT e intervir, se necessário. Esse familiar, muitas vezes, se sente responsável pelos cuidados do paciente. Esse acúmulo de tarefas e sentimentos não expressos podem contribuir para o surgimento de sintomas ansiosos e depressivos.^(20,26)

Uma pesquisa avaliou a sobrecarga do cuidador familiar e a QV destes em ambientes de QT e cuidados paliativos, entrevistando-se 76 familiares cuidadores de pacientes com câncer avançado da Itália, por meio do instrumento SF-36. O autor encontrou diferenças estatisticamente significativas, segundo as dimensões da QV avaliadas, como na saúde geral e nos componentes físico e mental. Os grupos de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos tiveram o componente físico e saúde geral significativamente maior que os cuidadores do grupo de pacientes em QT (grupo ativo), porém apresentaram menor componente mental que o grupo ativo. O autor salienta que os cuidadores com QV pior devem ser submetidos a uma atenção redobrada, comparada aos cuidadores sem esses problemas, especialmente nos domínios mental e emocional.⁽²⁷⁾

Em um estudo com 206 pacientes com câncer e 206 cuidadores familiares em hospitais de duas regiões da Índia, explorou-se a relação entre a QV dos pacientes e de cuidadores familiares e examinou-se se a QV, a idade e o sexo do paciente contribuíram para a QV da cuidadora familiar. Os resultados mostraram que a QV dos pacientes e de seus cuidadores familiares se correlacionaram de forma significativa, verificando-se também que a QV dos pacientes e seu gênero contribuíram para a QV do cuidador familiar. Além disso, verificou-se forte correlação, com significância estatística entre a percepção da QV dos pacientes e de seus cuidadores familiares.⁽²⁸⁾

Estudo aponta que a angústia psicológica, a ansiedade, a depressão, o declínio cognitivo, a insônia, a fadiga, entre outros sintomas físicos podem afetar negativamente a QV de pacientes oncológicos, assim também como de seus familiares.⁽¹⁴⁾

Uma investigação desenvolvida com 85 mulheres com câncer de mama, atendidas em um hospital da cidade do

Porto (Portugal), analisou a relação das variáveis alexitimia, espiritualidade, assertividade, ansiedade e depressão e QV e também construir um modelo preditor da QV numa amostra de mulheres com câncer de mama. Entre os resultados, identificou que quanto mais ansiosos e depressivos eram os pacientes com câncer, pior era sua avaliação da QV global. Além disso, os autores indicaram que 24 (28,2%) mulheres com câncer de mama apresentaram ansiedade e oito (9,4%) depressão.⁽²²⁾

Na Alemanha foi realizado um estudo com o objetivo de analisar a QV, a carga psicológica, as necessidades insatisfeitas e a satisfação de cuidados em 51 cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado durante cuidados paliativos especializados, atendidos em um Centro Médico Universitário de Hamburgo. Observou que a ansiedade e a depressão dos familiares avaliados eram de moderada a grave, com a prevalência de 43% e 41%, respectivamente, indo ao encontro do presente estudo nos achados referentes ao percentual de sintomas de ansiedade.⁽¹⁸⁾

Na literatura científica encontrou-se um estudo⁽²⁹⁾ com o objetivo de identificar quais características estáveis da personalidade do indivíduo interferiam na QV, mesmo quando as características emocionais reativas da doença estavam controladas. A pesquisa foi desenvolvida com 50 pacientes adultos, com câncer no aparelho digestivo e diagnosticados com menos de 6 meses, atendidos na clínica de oncologia do Hospital das Clínicas de Marília (SP), e dentre os resultados os autores citaram a mediana de 4,0 para sintomas ansiosos e de zero nos sintomas depressivos, indicando menor nível de ansiedade e depressão que na presente pesquisa.

Uma investigação⁽³⁰⁾ avaliou o efeito do tratamento terapêutico para a fadiga de pacientes com câncer de mama que receberam QT em um hospital na China, na qual 48 pacientes foram avaliados, sendo divididos igualmente em 2 grupos, denominados de grupo de intervenção e grupo controle. Observou-se dentre os resultados, por meio da aplicação da HADS, os escores de sintomas ansiosos no grupo intervenção de 7,0 ($\pm 3,0$) e no grupo controle de 6,8 ($\pm 3,2$). Para depressão, o grupo intervenção pontuou 7,4 ($\pm 3,6$) e o grupo controle obteve 7,3 ($\pm 3,5$). Os referidos resultados sobre a sintomatologia de ansiedade e depressão deste estudo foi superior ao encontrado na presente pesquisa.

Um estudo⁽²⁰⁾ analisou os parâmetros psicológicos de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, antes e depois da morte dos referidos pacientes. A amostra foi de 72 cuidadores familiares atendidos em dois ambulatórios especializados em cuidados

paliativos na Alemanha. Entre os resultados obtidos, observou-se que 32% (n=23) apresentaram altos níveis de ansiedade e 29% (n=21) elevada depressão no início dos cuidados domiciliários e após a morte diminuí significativamente os sintomas ansiosos (n=11; 15,0%) e depressivos (n=18; 25,0%). Os cuidadores das famílias estavam particularmente ansiosos e deprimidos quando descreveram altos níveis de sofrimento psicológico no início dos cuidados domiciliários e após a morte, os familiares se sentiram menos ansiosos e depressivos.

Os pacientes e familiares com sintomas de depressão e/ou ansiedade apresentaram pior percepção da QVRS que os participantes sem os referidos sintomas. No estudo⁽²¹⁾ em que foi avaliada a presença de sintomas ansiosos e depressivos e sua associação com a QV em pacientes com câncer antes de iniciar o QT, atendidos em uma unidade oncológica de um hospital universitário de Minas Gerais, dos 55 pacientes avaliados, 21,8% (n=12) apresentaram “provável” ansiedade e 23,6% (n=13) “provável” depressão. Houve correlação moderada e inversa entre a QV e os sintomas ansiosos e depressivos, indicando que quanto maior o nível de sintomatologia de ansiedade e depressão, menores são os escores de QV, assemelhando-se ao presente estudo. Os autores ainda identificaram que a ansiedade gerou impacto significativo no bem-estar físico, funcional, emocional, social/familiar, bem como na QV global dos pacientes avaliados, confirmando-se a relação entre estes construtos, como na presente investigação.

Na pesquisa⁽²⁶⁾ desenvolvida em Massachusetts (EUA) com 275 pacientes e 275 cuidadores familiares, com o objetivo de descrever os índices de sintomas ansiosos e depressivos em cuidadores familiares de pacientes com câncer incurável e identificar os fatores associados à angústia psicológica dos mesmos, verificou-se que entre os pacientes, 21,50% (n=59) tinham sintomas depressivos e 28,4% (n=78) sintomas ansiosos, e entre os familiares 16,4% (n=45) tinham sintomas depressivos e 42,2% (n=116) sintomas ansiosos. Entre os fatores associados à ansiedade dos cuidadores familiares, encontrou-se idade mais baixa, morar com o paciente, ser católico, menor escore nos aspectos físicos do SF-36 e maior depressão.

Com a realização desse estudo foi possível identificar o nível dos sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes oncológicos em QT e de seus familiares, além da associação com a percepção da dimensão da QVRS.

O presente estudo apresentou limitações referentes aos pacientes que compareciam as sessões de QT desacompanhados, a amostra foi por conveniência, dificultando a generalização dos dados e a escassez de estudos brasileiros publicados, que abordam essa temática.

A contribuição desse estudo, foi evidenciar aos profissionais de enfermagem e aos outros profissionais da área da saúde que também prestam assistência direta aos pacientes e aos seus familiares que os acompanham, é que ambos precisam de atenção e orientação.

Frente a isso o estudo evidenciou que a QVRS e os sintomas ansiosos e depressivos dos entrevistados estão relacionados. Por esse motivo a importância do conhecimento dos profissionais de saúde para realizar uma melhor abordagem dessa população para poder identificar a presença de alguns desses sintomas e assim poder contribuir com uma assistência qualificada que visem a inexistência ou diminuição dos sintomas ansiosos e depressivos e consequentemente a melhoria da QVRS dessa população.

CONCLUSÃO

Conclui-se que houve relação entre a percepção da QVRS e a presença de sintomas depressivos e ansiosos nos pacientes e familiares avaliados. Identificou-se elevada frequência dos sintomas de ansiedade superior entre os familiares. A sintomatologia de depressão foi discretamente superior entre os pacientes. Os profissionais de enfermagem e demais membros da equipe de saúde devem se atentar ao rastreio prévio de tais sintomas. Neste contexto, deve-se buscar a minimização dos sintomas de ansiedade e depressão e melhoria da QVRS dos pacientes que vivem o câncer e seus familiares.

Agradecimentos

Agradecemos ao Serviço de Oncologia do Instituto Amarel Carvalho, em especial aos pacientes.

Contribuições

Larissa Martins Cordeiro: concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Diana Gabriela Mendes dos Santos: redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Fabiana de Souza Orlandi: concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2019: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
- Hosseini M, Tirgari B, Forouzi MA, Jahani Y. Guided imagery effects on chemotherapy induced nausea and vomiting in Iranian breast cancer patients. *Complement Ther Clin Pract*. 2016;25:8-12.
- Stafford L, Judd F, Gibson P, Komiti A, Mann GB, Quinn M. Anxiety and depression symptoms in the 2 years following diagnosis of breast or gynaecologic cancer: prevalence, course and determinants of outcome. *Support Care Cancer*. 2015;23(8):2215-24.
- Barbosa AN, Nascimento IA, Carvalho MJ, Aoyama EA, Lima RN. A Importância da Assistência Humanizada Prestada pelo Enfermeiro nos Cuidados Paliativos ao Paciente Oncológico Terminal. *Rev Bras Interdiscip Saúde*. 2019;1(4):92-6.
- Han Y, Yuan J, Luo Z, Zhao J, Wu J, Liu R, et. al. Determinants of hopelessness and depression among Chinese hospitalized esophageal cancer patients and their family caregivers. *Psychooncology*. 2013;22(11):2529-36.
- Souza BF, Pires FH, Dewulf NL, Inocenti A, Silva AE, Miasso AI. Patients on chemotherapy: depression and adherence to treatment. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):61-8.
- Guimarães RC, Gonçalves RP, Lima CA, Torres MR, Silva CS. Nursing actions facing reactions to chemotherapy in oncological patients. *J Res Fundam Care*. 2015;7(2):2440-52.
- Sawada NO, Nicolussi AC, Paula JM, Garcia-Caro MP, Marti-Garcia C, Cruz-Quintana. Quality of life of Brazilian and Spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2688.
- Pituch KA, Stevens JP. Applied multivariate statistics for the social sciences. 6a ed. New York: Routledge; 2016.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação de questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras de Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
- Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, Garcia Júnior C, Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) made by 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol*. 1995;30:127-31.
- Levin J, Fox JA, Forde DR. Estatísticas para Ciências Humanas. 11ª ed. São Paulo. Editora Pearson; 2012.
- Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova B. Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2015;3(4):727-31.
- Solano JPC, Silva AG, Soares IA, Ashmawi HA, Vieira JE. Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2016;15(1):1-8.
- Jesus AS, Ajala SR, Saldanha CA, Spexoto MCB. Fatores Associados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer em Tratamento Clínico. *Rev Bras Cancerol*. 2019;65(2):e-15395.
- Sauer C, Weis J, Faller H, Junne F, Hönig K, Bergelt C, et al. Impact of social support on psychosocial symptoms and quality of life in cancer patients: results of a multilevel model approach from a longitudinal multicenter study. *Acta Oncol Bras*. 2019;58(9):1298-1306.
- Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G, Bokemeyer C, Bergelt C, Oechsle K. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):1-10.
- Liu TW, Wen FH, Wang CH, Hong RL, Chow JM, Chen JS, et. al. Terminally ill taiwanese cancer patients' and family caregivers' agreement on patterns of life-sustaining treatment preferences is poor to fair and declines over a decade: results from two independent cross-sectional studies. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(1):35-45.
- Gotze H, Braehler E, Gansera L, Schnabel A, Gottschalk-Fleischer A, Kohler N. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. *Eur J Cancer Care*. 2016;27(2):1-8.
- Simão DA, Aguiar AN, Souza RS, Captein KM, Manzo BF, Teixeira AL. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. *Enferm Foco*. 2017;8(2):82-6.
- Sousa H, Guerra M, Lencastre L. Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Anál Psicol*. 2015;33(1):39-53.
- Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer*. 2019;19(1):1-8.
- Lopes AB, Guimaraes VI, Melo IM, Teixeira LS, Silva SV, Silva MH, et al. Fatores modificadores da qualidade de vida em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Rev Méd Minas Gerais*. 2016;26(3):41-6.
- Freire ME, Costa SF, Lima RA, Sawada NO. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):1-13.
- Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Gallagher ER, Stagl JM, Park ER, et. al. Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Ann Oncol*. 2016;27(8):1607-12.
- Spatuzzi R, Giuliotti MV, Ricciuti M, Merico F, Meloni C, Fabbietti P, et. al. Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer in active treatment settings and hospice care: a comparative study. *Death Stud*. 2017;41(5):276-83.
- Padmaja G, Vanlalhrui C, Rana S, Tiamongla & Kopparty S. Quality of life of patients with cancer: a determinant of the quality of life of their family caregivers. *J Canc Educ*. 2016;32(3):655-61.
- Honorato NP, Abumusse LV, Coqueiro DP, Citero VA. Personality traits, anger and psychiatric symptoms related to quality of life in patients with newly diagnosed digestive system cancer. *Arq Gastroent*. 2017;54(2):156-62.
- Zhang B, Dong JN, Sun P, Feng C, Liu YC. Effect of therapeutic care for treating fatigue in patients with breast cancer receiving chemotherapy. *Medicine*. 2017;96(33):1-5.

PERFIL DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS COORDENADORES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM: VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO

PROFILE OF COMPETENCIES FOR NURSES COORDINATORS OF GRADUATE PROGRAM IN NURSING: CONSTRUCT OF VALIDATION

PERFIL DE COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS COORDINADORAS DEL PREGRADO EN ENFERMERÍA: VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO

Valnice de Oliveira Nogueira¹

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha²

(<https://orcid.org/0000-0001-7726-8839>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>)

Descritores

Enfermagem; Gerência; Competência profissional; Pesquisa metodológica enfermagem; Validade dos testes

Descriptors

Nursing; Management; Professional competence; Nursing methodology research; Validity of tests

Descriptores

Enfermería, Gerencia, Competencia profesional, Investigación metodológica en enfermería, Validez de las pruebas

Recebido

7 de Julho de 2020

Aceito

4 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

extraído da Tese "Competências do Enfermeiro Coordenador de Cursos de Graduação em Enfermagem: um estudo paulista", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2015.

Autor correspondente

Valnice de Oliveira Nogueira
E-mail: vallnog@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar os resultados obtidos na aplicação de um Perfil de Competências a enfermeiros coordenadores de Cursos de Graduação em Enfermagem utilizando recursos estatísticos de validação de construto.

Métodos: Estudo descritivo e metodológico realizado com 44 respondentes entre 2014 e 2015. O Perfil de Competências continha 62 itens distribuídos em três domínios.

Resultados: A variância total dos dados nas competências nos domínios educacional, administrativa e individual foi de 74,8%, 76,3% e 75,2% respectivamente. O Coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin variou entre 0,583 e 0,675 e o teste de esfericidade de Bartlett foi de < 0,001. Os domínios do perfil de competências possuem boas correlações e significância a partir das interpretações estatísticas efetuadas garantindo a acreditação do instrumento.

Conclusão: O instrumento analisado foi considerado adequado nos três domínios. O uso do perfil pode impactar em carreira dos coordenadores de cursos, favorecendo seu crescimento profissional e consequentemente a qualidade dos cursos que coordenam, bem como auxiliar outros enfermeiros a melhorarem sua performance.

ABSTRACT

Objective: To analyze the results obtained in the application of a Profile of competencies to nursing coordinators of graduate program in nursing course using the construct validation statistic resources.

Methods: Descriptive and methodological study conducted with 44 respondents between 2014 and 2015. The skills profile contained 62 items distributed in 03 domains.

Results: the total data variance in skills in educational, administrative and individual domains was 74,8%, 76,3% and 75,2% respectively. The coefficient of Kaiser-Meyer-Olkin ranged from 0,583 and 0,675 and Bartlett's sphericity test was <0,001. The fields of skills profile have good correlations and significance from the statistical interpretations carried out ensuring the accreditation of the instrument.

Conclusion: The instrument was considered adequate in the three domains. The use of the profile can impact the quality of the courses that the nurses coordinators are responsables and of their own career.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en uso de un perfil de competencias para las enfermeras coordinadoras del programa de pregrado en enfermería utilizando las capacidades estadísticas de validación de construto.

Métodos: Estudio descriptivo y metodológico con 44 personas entre 2014 y 2015. El perfil de competencias figura 62 artículos distribuidos en 03 dominios.

Resultados: La varianza total de datos de conocimientos en ámbitos educativos, administrativos e individuales era 74,8%, 76,3% y 75,2% respectivamente. El coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin osciló entre 0,583 y 0,675 y prueba de esfericidad de Bartlett fue <0,001. Los campos de perfil de competencias tienen buenas correlaciones y significación de las interpretaciones estadísticas llevadas a cabo asegurando la acreditación del instrumento.

Conclusión: El instrumento se consideró adecuado en los tres dominios. El uso del perfil puede reflejar en la calidad de los cursos que los enfermeros coordinadores son responsables y en su carrera.

¹Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.

Como citar:

Nogueira VO, Cunha IC. Perfil de competências de enfermeiros coordenadores de cursos de graduação de enfermagem: validação de construto. *Enferm Foco*. 2021;12(3):496-503.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4139

INTRODUÇÃO

Toda profissão possui requisitos/atributos que a torna única determinando o processo de trabalho de modo geral e de acordo com as suas especialidades. Às vezes, as competências não são claramente descritas e compreendidas. A competência é definida como a prática do que se sabe em um determinado contexto, habitualmente marcado pelas relações e situações de trabalho e das restrições que possam existir. É traduzida em ação, em saber ser e dispara a mobilização de conhecimentos em diferentes situações.^(1,2)

Portanto, ter a disposição um Perfil de Competências (PC) para subsidiar o processo de trabalho é relevante para as organizações e pessoas. Perfis de competência de especialidades da enfermagem têm sido publicados em periódicos ou apresentados em teses ou dissertações.⁽³⁻⁵⁾

O Enfermeiro Coordenador de Cursos de Graduação em Enfermagem (ECCGEn) trata da organização, coordenação, liderança e avaliação de todos os processos e ações diretamente voltados para a promoção da aprendizagem dos alunos.⁽⁶⁾ Desempenha um papel de articulação diária e direta com alunos, corpo docente, equipe administrativa e diretoria. Apesar da complexidade de suas ações, inexistia na literatura científica o mapeamento de competências destes coordenadores que pudesse ser tomado como referência.

Foi tema de uma tese de doutorado a elaboração, validação e aplicação de um PC aos coordenadores de cursos de graduação com o propósito de agregar contribuições ao cotidiano.⁽⁷⁾ Um dos critérios do PC para garantir a credibilidade e a qualidade do instrumento proposto foi ter sido submetido a testes estatísticos na etapa metodológica e na análise de seus resultados.

A validade de um construto pode ser interpretada por métodos estatísticos que comprovem a veracidade de um material ora submetido à testagem. Também nomeada como validade de conceito representa uma maneira de constatar o grau em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno a ser medido.⁽⁸⁾

Enfermeiros pesquisadores tem se apropriado desses testes estatísticos para validar instrumentos criados ou adaptados a fim de responder problemáticas de pesquisa e atender demandas dos serviços a que estão vinculados.^(8,9)

Indaga-se: O PC aplicado aos enfermeiros coordenadores de cursos de graduação em enfermagem atende as exigências estatísticas aos testes a que foi submetido, dentre eles a análise fatorial?

A pesquisa teve como objetivo analisar os resultados obtidos na aplicação de um PC aos ECCGEn utilizando o recurso estatístico de validação de construto.

MÉTODOS

Estudo descritivo, de caráter metodológico⁽¹⁰⁾ realizado em uma universidade federal localizada na cidade de São Paulo entre os anos de 2014 e 2015.

Responderam o instrumento de pesquisa (PC) os ECCGEn do estado de São Paulo de cursos presenciais e funcionários listados no portal do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Foram excluídos os coordenadores de cursos não presenciais e aqueles que não houve a possibilidade de envio do instrumento de coleta de dados por correio eletrônico.

Para melhor entendimento da descrição da última etapa que corresponde ao processo de validação de construto, ou seja, a análise da aplicação do PC relataram-se as antecessoras:

- Etapa 1- Desenvolvimento do PC do ECCGEn: após o levantamento bibliográfico, seleção de referências e leitura destes, iniciou-se a construção do perfil e realizou-se pré-teste com ex-coordenadores de cursos de graduação de enfermagem. Ao término deste, havia 44 afirmativas distribuídas em 03 domínios de competências nomeadas como Educacional, Administrativa e Individual.
- Etapa 2- Validação do PC: Participaram 21 juízes e foi procedida a validade de conteúdo com o uso da Técnica Delphi. Após ajustes e sugestões, o perfil continha 62 itens subdivididos em três aspectos: Competência Educacional (20 itens), Administrativa (22 itens) e Individual (20 itens).⁽¹¹⁾ A consistência interna estimada pelo Alpha de Cronbach obteve com valores entre 0,79 e 0,88. Os Índices de Validade de Conteúdo e de Fidedignidade alcançaram valores considerados de boa interpretação.
- Etapa 3- Aplicação e análise dos resultados do PC: 44 sujeitos de pesquisa de 40 IES responderam o instrumento de pesquisa (PC) por meio do aplicativo Google docs®. As questões tiveram opções de resposta baseadas na escala de Likert, que permite respostas com níveis variados de classificação, em uma escala de 1 a 5.

A fim de garantir a consistência dos resultados do instrumento de pesquisa (PC) em razão do número de respondentes foram realizadas as seguintes interpretações estatísticas:

- 3.1- A análise fatorial: descrita como uma classe de métodos estatísticos multivariados cuja ideia central é analisar a estrutura das inter-relações (correlações) entre um número de variáveis, como as

respostas de questionários, e a partir daí definir um conjunto de dimensões latentes comuns, chamadas de fatores;⁽¹²⁾

- 3.2- O método por componentes principais e rotação ortogonal VARIMAX: avalia a dimensionalidade de cada competência. Este simplifica as linhas e colunas da matriz para facilitar a interpretação e o critério para a seleção do número de fatores foi de autovalores acima do valor um.^(12,13)

Após a leitura e interpretação dos fatores estabelecidos pela análise de cada variável nos três domínios de competência, os grupamentos foram renomeados, o que caracterizou a subdivisão das competências por assunto/afinidade dos itens. Isto pôde sugerir melhor entendimento dos propósitos de cada domínio na maioria das vezes. Foram gerados 6 grupamentos no domínio de competências educacionais, 7 nas administrativas e 6 nas individuais.

A seguir, houve a interpretação do PC ao coeficiente de adequação da amostra de Kaiser- Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esfericidade Bartlett. Estes avaliam a adequação da análise fatorial e a significância global de todas as correlações entre os itens da escala considerados, estabelecendo um nível de significância de 5% respectivamente.⁽¹³⁾ O software estatístico utilizado para a análise foi o SPSS 20.0.

O presente estudo atendeu as exigências legais no que concerne aos aspectos éticos⁽¹⁴⁾ e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Institucional sob o parecer n. 1080/2011.

RESULTADOS

A coordenação de cursos de graduação de Enfermagem oportunizou aos Enfermeiros, o ingresso neste nicho de mercado nos últimos vinte anos, haja vista a expansão do acesso ao ensino superior. Conhecer as pessoas que habitam este universo e como entendem as competências permite a compreensão do processo de trabalho.

Os dados correspondentes à aplicação e a análise do perfil de competências (etapa III) foram coletados entre 2014 e 2015. Participaram 44 ECCGEn do estado de São Paulo. Quanto à caracterização dos respondentes e da instituição de ensino superior a que pertencem, 84% eram do sexo feminino, 77% casadas, 84% gestoras de escolas privadas, 54,5% tinham até 05 anos de coordenação, 59,1% tinham um vínculo empregatício e 40% ocupavam também o cargo de coordenador de estágios. No que se refere à titulação acadêmica, 95,5 % eram especialistas, 86% mestres e 52% doutores. Dos participantes, 38,6% eram pertencentes a instituições com mais de 300 alunos matriculados, 41% localizadas no município de São Paulo e 52,3% com nota 3 no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes de 2013. A tabela 1 apresenta os resultados do coeficiente de KMO e teste de esfericidade de Bartlett e as tabelas 2, 3 e 4 mostram as cargas fatoriais, percentual de variância total e acumulada dos domínios do perfil de competência.

Tabela 1. Escores dos Testes de KMO e de Esfericidade de Bartlett

	KMO	Teste de Bartlett	n
Competência Educacional	0,675	P<0,001	44
Competência Administrativa	0,583	P<0,001	44
Competência Individual	0,660	P<0,001	44

Tabela 2. Cargas fatoriais rotacionadas pela transformação VARIMAX – Competência Educacional

	Fatores						Comunalidades
	1	2	3	4	5	6	
Ações gerenciais em educação							
14. Conhecer e utilizar documentos institucionais e de legislação de ensino que subsidiem o processo de educação/ensino em enfermagem	0,858	0,053	0,001	0,128	0,267	0,002	0,827
6. Identificar e avaliar as distorções do processo de trabalho e propor soluções, juntamente com as instâncias envolvidas	0,799	-0,093	0,418	0,176	-0,116	0,031	0,868
4. Acompanhar o processo de trabalho do corpo docente na sua ação educacional visando a execução dos objetivos pedagógicos do curso e das disciplinas	0,677	0,229	0,135	0,404	-0,143	0,300	0,803
2. Ter conhecimentos atualizados com as propostas da educação em geral e da enfermagem	0,669	0,537	0,138	-0,153	0,189	-0,015	0,815
15. Produzir e socializar novos conhecimentos na área de ensino em enfermagem	0,522	0,153	0,309	0,503	0,245	-0,166	0,732
9. Ter habilidade para implementar e manter atualizadas as propostas do PPC, sugerindo modificações quando necessárias junto ao colegiado do curso	0,500	-0,026	0,353	-0,116	0,199	0,259	0,495
Ações avaliativas em educação							
10. Saber utilizar as boas praticas na educação em enfermagem	0,080	0,781	0,086	-0,008	0,287	0,079	0,712
17. Exercer a cidadania nas atividades cotidianas estimulando o corpo docente, discente e comunidade escolar	-0,018	0,765	0,065	0,160	0,199	0,334	0,767
12. Ter habilidade para avaliar instrumentos e metodologias avaliação adotados no curso (plano de ensino, plano de aula, plano de curso)	0,485	0,607	0,339	0,014	-0,124	0,326	0,841
Ações Inovadoras na educação							
11. Ter habilidade para criar novas propostas de ensino, considerando inovações tecnológicas	0,206	-0,014	0,793	0,224	0,095	0,263	0,801
18. Promover e estimular ações sustentáveis e incorporá-las ao PPC	0,316	0,428	0,724	-0,054	-0,031	-0,116	0,824
7. Conhecer e aplicar as teorias da educação à enfermagem pautado no PPC	0,173	0,323	0,522	-0,144	0,262	0,461	0,709
19. Ser capaz de interpretar as inovações e tendências de cenários na educação em enfermagem	0,468	0,336	0,512	0,146	0,285	0,001	0,696

Continua...

Continuação.

	Fatores						Comunalidades
	1	2	3	4	5	6	
Ações político-institucionais em educação							
13. Ter habilidade para formular e divulgar políticas internas que transmitam os compromissos da instituição articulados com o processo de aprendizagem do curso de enfermagem	0,122	-0,051	0,054	0,756	0,222	0,157	0,666
20. Ser capaz de avaliar o desempenho discente e propor estratégias para a sua melhoria	0,023	0,600	0,153	0,619	-0,208	-0,033	0,811
Ações administrativo-operacionais em educação							
3. Atender as necessidades expressas pelo corpo discente, docente e familiares e conduzir para a resolução destas dentro do seu âmbito de governabilidade	0,137	0,216	0,093	0,076	0,780	0,136	0,707
5. Elaborar instrumentos normativos (orientações diversas, regulamentos de estágios, laboratórios e outros), contando com a participação do corpo discente, docente e técnico-administrativo	0,156	0,345	0,429	0,285	0,490	0,225	0,699
16. Conhecer o Sistema Único de Saúde e as políticas públicas de saúde, educação e ciência & tecnologia vigentes no país	0,019	-0,007	0,476	0,379	0,490	0,054	0,614
Ações político-gerenciais em educação							
1. Viabilizar o cumprimento dos objetivos do Projeto Político Institucional (PPI) e Projeto Pedagógico de Curso (PPC) junto ao corpo docente, corpo discente e aos demais membros da comunidade escolar	0,030	0,195	0,164	0,132	0,122	0,835	0,796
8. Ter habilidade para avaliar os fatores interferentes no processo ensino-aprendizagem frente ao corpo docente e discente	0,311	0,304	-0,220	0,420	0,398	0,456	0,780
Autovalor	3,6	3,0	2,8	2,0	1,9	1,7	
Porcentagem da variância	18,0	15,0	13,8	10,0	9,5	8,5	
Porcentagem da variância acumulada	18,0	33,0	46,8	56,8	66,3	74,8	

Tabela 3. Cargas fatoriais rotacionadas pela transformação VARIMAX – Competência Administrativa

	Fatores							Comunalidades
	1	2	3	4	5	6	7	
Gestão de pessoas e de ambiente								
20. Desenvolver ações de educação permanente para o corpo de colaboradores	0,873	0,097	0,204	0,066	-0,034	0,031	-0,007	0,820
17. Estabelecer redes de articulação no ensino de enfermagem	0,768	0,032	0,108	-0,174	0,180	0,326	-0,201	0,811
10. Avaliar o desempenho (elogios e críticas) da equipe de trabalho	0,745	0,281	-0,089	0,071	0,148	0,016	0,243	0,728
19. Ser capaz de avaliar o trabalho docente	0,621	0,400	0,273	0,180	0,157	-0,454	-0,085	0,891
11. Adequar as demandas do curso com as mudanças organizacionais	0,606	0,602	0,060	0,302	0,050	-0,149	0,143	0,870
21. Criar espaços de convivência e articulação internos e externos visando a melhoria da qualidade do corpo docente	0,565	0,183	0,203	0,308	0,075	0,427	-0,216	0,724
18. Desenvolver ações de sustentabilidade no gerenciamento de recursos (materiais, financeiros, ambientais e físicos)	0,548	0,362	0,457	0,049	0,067	0,219	0,169	0,723
Gestão administrativa								
9. Participar na elaboração de políticas institucionais	0,163	0,818	-0,051	-0,014	0,205	0,157	-0,182	0,797
8. Emitir parecer, relatórios e documentos relacionados ao curso de enfermagem e a instituição de ensino superior	0,140	0,650	0,066	-0,302	0,360	0,091	0,074	0,681
22. Gerenciar de forma participativa delegando tarefas	0,357	0,645	-0,186	0,447	0,092	0,118	-0,006	0,800
16. Utilizar as funções administrativas no cotidiano da gestão do curso	0,097	0,644	0,534	-0,018	0,083	0,140	-0,018	0,737
2. Estar comprometido com as crenças e valores institucionais	0,149	0,594	0,375	0,312	-0,060	0,288	-0,039	0,701
Inovação em gestão								
3. Utilizar as melhores práticas na gestão dos recursos físicos, materiais, financeiros, políticos, administrativos, humanos do curso de Graduação em Enfermagem	0,118	-0,005	0,924	-0,010	0,004	-0,030	-0,016	0,869
Gestão em relacionamentos								
13. Ter conhecimento de normas e procedimentos institucionais e do curso	-0,009	0,055	0,023	0,872	0,021	-0,011	-0,022	0,765
12. Exercitar o trabalho em equipe	0,155	-0,023	0,017	0,785	0,193	0,284	0,265	0,829
Gestão política								
6. Ser proativo na busca de soluções para problemas inerentes ao cotidiano gerencial	-0,085	0,174	0,000	0,144	0,815	0,039	0,126	0,739
4. Participar de comissões/ colegiados, representações internas e externas	0,246	0,182	0,023	0,047	0,677	0,209	-0,093	0,607
7. Gerenciar o processo de trabalho docente objetivando melhorias e assumindo riscos	0,416	-0,027	0,531	-0,016	0,580	-0,008	0,123	0,808
Gestão e negócios								
14. Gerenciar de forma flexível compreendendo as peculiaridades e necessidades do corpo discente, docente e técnico-administrativo	0,015	0,130	-0,044	0,170	0,170	0,672	-0,054	0,532
15. Gerenciar custos buscando a efetividade nas ações gerenciais	0,348	0,372	0,137	-0,015	0,062	0,662	0,288	0,804
Gestão organizacional e cidadã								
5. Estabelecer parcerias e convênios que favoreçam o processo de ensino-aprendizagem e a responsabilidade social.	0,094	0,027	0,122	0,178	0,134	-0,038	0,825	0,756
1. Conhecer e utilizar os instrumentos organizacionais (visão, missão, cultura organizacional, filosofia)	0,180	0,287	0,462	0,123	0,142	-0,152	-0,631	0,785
Autovalor	3,9	3,4	2,2	2,1	1,9	1,8	1,5	
Porcentagem da variância	17,8	15,3	10,2	9,7	8,4	8,0	6,9	
Porcentagem da variância acumulada	17,8	33,1	43,3	53,0	61,4	69,4	76,3	

Tabela 4. Cargas fatoriais rotacionadas pela transformação VARIMAX – Competência Individual

	Fatores							Comunalidades
	1	2	3	4	5	6	7	
Relacionamentos								
5. Valorizar os relacionamentos possibilitando a troca de informações e crescimento de equipe	0,822	0,264	0,075	0,167	0,023	-0,144	0,000	0,800
20. Ser persistente, perseverante, imparcial e íntegro nas práticas das ações administrativas e de enfermagem	0,775	0,362	-0,071	0,259	0,099	0,033	0,047	0,817
6. Manter canais de comunicação abertos sabendo ouvir	0,727	-0,234	0,332	0,105	0,078	0,097	0,160	0,745
3. Manter relacionamento interpessoal saudável com diferentes segmentos institucionais	0,556	0,360	-0,183	-0,026	0,430	0,331	-0,119	0,781
Atitudes inovadoras								
11. Desenvolver ideias inovadoras na agregação de valor ao negócio, transformando-as em ações facilitadoras das atividades cotidianas	0,209	0,793	0,140	0,067	0,074	0,073	0,016	0,707
12. Ser empreendedor, desenvolver habilidades para gerir e aproveitar oportunidades de negócio, inventar e melhorar processos, de forma isolada ou na empresa em que trabalha)	0,029	0,791	0,057	0,247	0,289	0,015	-0,048	0,777
18. Ter competência cultural (desenvolver habilidades para o reconhecimento de diferentes hábitos, estilos de vida e cultura de docentes, discentes e corpo administrativo)	0,116	0,593	0,413	-0,013	0,009	0,315	-0,026	0,636
17. Reconhecer suas potencialidades e utilizá-las a favor dos objetivos pessoais e organizacionais	0,145	0,526	0,062	0,172	0,118	0,370	0,117	0,496
Atitudes pró-ativas								
10. Ser proativo e resiliente	-0,187	0,131	0,797	0,083	0,006	0,279	-0,029	0,773
4. Ser capaz de desenvolver trabalho em equipe estando aberto ao diálogo	0,345	-0,122	0,685	0,105	0,415	-0,097	0,176	0,827
7. Criar e manter ambiente de trabalho agradável que estimule a motivação dos atores envolvidos	0,089	0,355	0,656	0,386	-0,028	-0,286	0,003	0,796
8. Resolver conflitos e promover mudanças	0,407	0,295	0,640	0,034	0,153	0,210	-0,083	0,738
Ética								
15. Conduzir as ações cotidianas com base em valores como a humildade, justiça, beneficência, espiritualidade e respeito	0,090	0,104	0,057	0,814	-0,043	0,156	0,064	0,716
13. Fazer uso dos princípios éticos e da legislação em vigor no seu trabalho	0,303	0,243	0,234	0,716	0,227	-0,182	0,066	0,807
16. Reconhecer suas fragilidades buscando o aperfeiçoamento	0,202	0,055	0,108	0,618	0,401	0,458	-0,043	0,810
Liderança e auto-controle								
1. Ser capaz de controlar o humor, manter o equilíbrio emocional e mostrar-se paciente	-0,023	0,182	0,313	-0,058	0,790	-0,165	0,239	0,843
2. Ser flexível utilizando a negociação como ferramenta de processo de trabalho	0,191	0,205	-0,027	0,280	0,757	0,090	-0,170	0,768
14. Utilizar a liderança e o poder de influenciar pessoas como ferramenta de gestão	-0,050	0,188	0,109	0,087	-0,082	0,738	0,032	0,610
Aperfeiçoamento								
19. Manter-se atualizado como os conteúdos de enfermagem e do ensino	0,156	0,095	0,068	0,074	0,081	0,104	0,860	0,800
9. Estar comprometido com objetivos pessoais e metas institucionais	0,305	0,331	0,302	-0,010	0,265	0,358	-0,544	0,788
Autovalor								
	2,8	2,8	2,6	2,0	2,0	1,6	1,2	
Porcentagem da variância								
	14,1	14,1	12,9	10,1	10,0	7,9	6,1	
Porcentagem da variância acumulada								
	14,1	28,2	41,0	51,1	61,1	69,0	75,2	

DISCUSSÃO

Dos escores do teste de KMO, o domínio de competência com melhor resposta foi o educacional, seguido do individual e o administrativo. Este coeficiente é tanto mais desejável quanto mais se aproximar da unidade, o que indicaria uma perfeita adequação dos dados ao modelo de análise fatorial. Valores abaixo de 0,5 indicam que o uso da análise fatorial não é adequado,⁽¹⁵⁾ o que não aconteceu nesse estudo, ou seja, a utilização foi adequada ainda que as pontuações não tenham sido muito altas. A melhor justificativa a esses achados seria o número de respondentes.

Aplicada a Análise Fatorial (AF) aos 20 itens que compuseram a *Competência Educacional* resultaram 6 fatores que explicavam 74,8% da variância total dos dados. A escolha deste número de fatores se deu a partir do número de autovalores da matriz de correlação maiores do que um, já que um autovalor pequeno sugere uma pequena contribuição do fator na explicação das variações das

variáveis originais e, nesse domínio, variaram entre 1,7 e 3,6. Os valores da comunalidade estiveram entre 0,868 e 0,614, permitindo inferir boa correlação entre os itens da competência educacional, ou seja, as variáveis possuem significado entre si e mantendo a coerência dos itens do domínio.

A AF realizada aos 22 itens que compuseram a *Competência Administrativa* resultou em 6 fatores (dimensões) que explicam 76,3% da variância total dos dados. Os autovalores variaram entre 1,5 e 3,9. Os valores da comunalidade estiveram entre 0,891 e 0,607 o que pode inferir em uma boa correlação entre os itens da competência administrativa da mesma maneira que o educacional.

A AF aplicada aos 22 itens que compuseram a *Competência Individual* resultou em 7 fatores (dimensões) que explicam 75,2% da variância total dos dados e que estavam entre 1,2 e 2,8. Os valores da comunalidade estiveram entre 0,843 e 0,496 o que pode inferir correlações

regulares entre os itens da competência individual apesar de ter sido o domínio que teve menor escore.

A AF fornece a melhor explicação sobre quais variáveis podem atuar juntas e quantas variáveis podem impactar na análise. Busca nos dados originais uma estrutura linear reduzida, gerando um novo conjunto de variáveis independentes, os fatores.⁽¹⁶⁾

Os resultados da validação de constructo podem ser interpretados através das cargas fatoriais e cada uma representa a medida de correlação entre o fator derivado da análise e os itens originais, podendo ser interpretada como se faz com um coeficiente de correlação de *Pearson*. Afirma-se que um item representa bem um fator comportamental quando apresenta uma carga fatorial de no mínimo 0,30 (positivo ou negativo) e que cargas fatoriais acima de 0,75 em amostras pequenas, indicam boa significância do instrumento.^(17,18)

No PC não há nenhuma alternativa que possua fator inferior igual a 0,3. O menor valor é de 0,456 e os maiores valores distribuídos nos três domínios de competências compreendem entre 0,822 e 0,873.

Os autovalores (critério da raiz latente) divididos em 20 fatores nas competências educacional (6), administrativa (7) e individual (7) estavam entre 1.2 e 3.9 e são considerados significantes, pois todos estão acima de 1. O critério de percentual de variância foi satisfatório nas três dimensões de competências alcançando a pontuações acima de 70% e a literatura adota como referencia valores acima de 60%, ou seja, representa que os fatores em mais de 70% da variável latente que se procura medir, estão em todos os itens que compõem o PC.

Os grupamentos nomeados pelas cargas fatoriais dos três domínios de competência podem, analogicamente, ser classificados como competências básicas e as variáveis contidas em cada grupo denominadas como associadas.

A decisão em não eliminar as variáveis do instrumento de pesquisa (PC) de menor valor, se deu ao avaliar qualitativamente a importância delas ainda que um dos objetivos da AF seja a redução de itens.

A comunalidade é um índice que mostra o percentual comum entre componentes, podendo ser de uma família, grupo, produto, entre outros. Quanto menor a comunalidade, maior a possibilidade em se excluir o item¹³ e, seus resultados em cada variável e cada domínio de competência mostraram que, a grande maioria tem uma forte relação entre si para o fortalecimento do instrumento.

Portanto, os testes estatísticos realizados e avaliados em conjunto ofertaram a adequação do PC. A decisão em manter o número de fatores e das afirmativas do PC baseou-se em que as variâncias alcançadas nas 03 dimensões

de competências foram superiores a 60% como também os autovalores acima de 1. A interpretação qualitativa foi preponderante na permanência do item, pois as afirmativas da competência educacional e individual receberam escores de 0,495 e 0,496 respectivamente na comunalidades e a relevância dos itens no contexto do perfil se fez presente. Ambas afirmativas estavam nos grupamentos relacionados às ações gerenciais do coordenador de cursos. Por esta razão, definiu-se a permanência.

A publicação da validação de conteúdo de competências do enfermeiro em emergências⁽¹⁹⁾ reforça a necessidade de ajuizamento teórico para subsidiar a prática corroborando os achados desta pesquisa.

Estudo avaliou o nível de frequência das práticas de liderança executadas pelos enfermeiros gerentes de instituições hospitalares e ainda que tenha sido classificado como moderado verificou a fragilidade dos gerentes e a necessidade do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros para possuir ferramentas e/ou estratégias para liderança eficaz.⁽²⁰⁾

Estudos sobre liderança apontam fragilidades no desempenho desta competência por enfermeiros, todavia propõem alternativas para fortalecer as pessoas envolvidas, ou seja, coordenadores, coordenados, a organização e os sujeitos atendidos.^(21,22)

Ao analisar os maiores valores obtidos nas comunalidades dos três domínios de competência, todos estavam relacionados a ações de cunho gerencial. As afirmativas estavam nos grupamentos nomeados como Ações Gerenciais em Educação, Gestão de Pessoas e Ambientes e Liderança e Autocontrole. Esses achados reforçaram a necessidade em manter as afirmativas que tiveram escores inferiores a 0,5.

A condução do processo de trabalho norteado pela gestão de competências proporciona intervenções fundamentadas nas bases científicas nos diversos cenários: na organização das atividades voltadas ao corpo discente e docente, nas ações de ensino/educação, nas questões relativas ao gerenciamento do curso e as burocrático-administrativas, no cenário da ética, e no aperfeiçoamento dos atores e na superação de suas limitações.^(23,24)

A transversalidade do quesito "gestão" nos domínios educacional, administrativo e educacional evidenciou a obrigatoriedade de uma reflexão de maneira mais profunda nos resultados encontrados. A grandeza do tema aponta para a diversidade de material nas várias especialidades de enfermagem.^(25,26)

Variáveis de significativa relevância que estão nos grupamentos nomeados ações inovadoras, ações pró-ativas e

relacionamentos merecem ser consideradas no cotidiano desses profissionais. Competências como empreendedorismo, resiliência e relações interpessoais têm sido discutidas mais frequentemente nos cenários de gestão e assistência.⁽²⁷⁻²⁹⁾

Grupamentos que merecem destaque e aprofundamento em estudos científicos são os relacionados à gestão política e carreira. Depreende-se que os enfermeiros se envolvem em menor frequência nestas questões justificando-se pelo pouco manejo nesse segmento e pelo gênero.⁽³⁰⁾

O aperfeiçoamento profissional exigido em legislação de enfermagem⁽³¹⁾ e requerido pelo mercado de trabalho fica fragilizado pela sobrecarga de trabalho e poucas oportunidades de participação.

Submeter o PC a testes estatísticos garantiu segurança aos ECCGEn, às instituições de ensino e aos demais interessados à sua utilização e indubitavelmente se distancia de ser um referencial adotado de forma empírica.

Apresenta como limitações a complexidade e o rigor metodológico e não haver na ocasião de sua construção estudos similares.

Os resultados da validação de constructo possibilitam o uso do perfil de competências aos ECCGEn no cotidiano laboral.

CONCLUSÃO

A partir da análise da validação de constructo, os valores de variância total dos dados nas competências educacional, administrativa e individual foram de 74,8%, 76,3% e 75,2% respectivamente. O Coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin variou entre 0,583 e 0,675 e o teste de esfericidade de Bartlett foi de < 0,001. A AF dos domínios do PC possui correlações e significância a partir das análises efetuadas. Estes resultados asseguraram que o PC apresentado é robusto e pode ser consumido pela comunidade acadêmica e de pesquisa. Seu uso pode impactar na qualidade dos cursos que estão sob a gestão dos ECCGEn e assim, repercutiria na melhoria das ações de enfermagem e de saúde dos egressos das escolas onde o PC foi instrumento facilitador de processo e resultados. Aos ECCGEn por reconhecer suas vulnerabilidades e virtudes ao realizar sua autoavaliação e estabelecer estratégias de mudanças.

Contribuições

Valnice de Oliveira Nogueira: concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha: concepção e desenho da pesquisa, revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Lima VV, Ribeiro EC, Padilha RQ. Competência na saúde. São Paulo: Atheneu; 2013.
2. Santos AP. Conhecimentos, habilidades e atitudes: o conceito de competências no trabalho e seu uso no setor público. Rev Serv Público. 2011;62(4):369-86.
3. Aragão OC, Teófilo JK, Mourão Netto JJ, Soares JS, Goyanna NF, Cavalcante AE. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. Rev Saúde Pública. 2016;17(2):66-74.
4. Peres AM, Ezeagu TN, Sade PM, Souza PB, Gómez-Torres D. Mapping competencies: identifying gaps in managerial Nursing training. Texto Contexto Enferm. 2017;26(2):e06250015.
5. Nobahar M. Competence of nurses in the intensive cardiac care unit. Electron Physician. 2016; 8(5):2395-2404.
6. Luck H. Dimensões da gestão escolar e suas competências. Curitiba: Editora Positivo; 2009.
7. Nogueira VO, Cunha IC. Competency Profile of Nurses Coordinating Undergraduate Courses in Nursing São Paulo, Brazil. J Nurs Health Sci. 2019;5(1):13-24.
8. Medeiros RK, Ferreira Júnior MA, Pinto DP, Vitor AF, Santos VE, Barichello E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. Referência. 2015;serIV(4):127-35.
9. Henriques SH, Soares MI, Leal LA. Avaliação da aplicabilidade da versão portuguesa de um questionário de competências para enfermeiros hospitalares. Texto Contexto Enferm., 2018; 27(3):e2140017.
10. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
11. Nogueira VO, Cunha ICKO. Validação de conteúdo do perfil de competências de enfermeiros gestores de ensino superior. Rev Cuid. 2018;9(1):1998-2006.
12. Hair Junior JH, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise Multivariada de dados. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2017.
13. Pedrosa RB, Rodrigues RC, Padilha KM, Gallani MC, Alexandre NM. Factor analysis of an instrument to measure the impact of disease on daily life. Rev Bras Enferm. 2016;69(4):650-7.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No. 466 de 12 de dezembro de 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2019 Ago 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
15. Stacciarini TS, Pace AE. Confirmatory factor analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017;25:e2856.
16. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5a ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
17. Beogo I, Rojas BM, Gagnon MP, Liu CY. Psychometric evaluation of the French version of the Clinical Nursing Competence Questionnaire (CNCO-22): A cross-sectional study in nursing education in Burkina Faso. Nurse Educ Today. 2016;45:173-178.

18. Leite SS, Áfio AC, Carvalho LV, Silva JM, Almeida PC, Pagliuca LM. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 4):1635-41.
19. Holanda FL, Marra CC, Cunha IC. Evidências de validade da Escala de Competências das Ações do Enfermeiro em Emergências. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3128.
20. Silva VL, Camelo SH, Soares MI, Resck ZM, Chaves LD, Santos FC, et al. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03206.
21. Halcomb E, Jackson D, Daly J, Gray J, Salamonson Y, Andrew S, et al. Insights on leadership from early career nurse academics: findings from a mixed methods study. *J Nurs Manag.* 2016;24(2):155-63.
22. Gómez-Torres D, Martínez MD, Alves FJ, Ferreira MM. Autoridad de Gerentes de Enfermería en la Solución de Conflictos: Una Mirada Humanista. *Referência.* 2015;serIV(7): 41-9.
23. Meira MD, Kurcgant P. Nursing education: training evaluation by graduates, employers and teachers *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):10-5.
24. Hanse JJ, Harlin U, Jarebrant C, Ulin K, Winkel J. The impact of servant leadership dimensions on leader-member exchange among health care professionals. *J Nurs Manag.* 2016;24(2):228-34.
25. Lowen IM, Peres AM, Crozeta K, Bernardino E, Beck CL. Managerial nursing competencies in the expansion of the Family Health Strategy. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(6):967-73.
26. Balsanelli AP, Cunha IC. Nursing leadership in intensive care units and its relationship to the work environmentI. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(1):106-13.
27. Andrade AC, Ben LW, Sanna MC. Entrepreneurship in Nursing: overview of companies in the State of São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):40-4.
28. Amaral-Bastos M. O conceito de resiliência na perspectiva de enfermagem. *Rev Ibero-Am Estud Educ.* 2013;3(4):61-70
29. Borges JW, Moreira TM, Menezes AV, Loureiro AM, Carvalho IS, Florêncio RS. Compreensão da relação interpessoal enfermeiro-paciente em uma unidade de atenção primária fundamentada em Imogene King. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2019;9:e3011.
30. Melo WS, Oliveira PJ, Monteiro FP, Santos FC, Silva MJ, Calderon CJ, et al. Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):552-60.
31. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-564/2017 de 6 de novembro de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2018. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

PERFIL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO

PATIENT SAFETY CULTURE PROFILE IN A PUBLIC HOSPITAL

PERFIL DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Rogério Ribeiro¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1867-2262>)

Maria Lúcia Silva Servo¹ (<https://orcid.org/0000-0003-4809-3819>)

Aloisio Machado da Silva Filho¹ (<https://orcid.org/0000-0001-8250-1527>)

Descritores

Segurança do paciente; Liderança em enfermagem; Administração de enfermagem

Descriptors

Patient safety; Nursing leadership; Nursing administration

Descriptores

Seguridad del paciente; enfermeras líderes; Administración de enfermeras

Recebido

27 de Julho de 2020

Aceito

19 de Março de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído da dissertação de mestrado intitulada: PERFIL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO BAIANO. Dissertação defendida no curso de Mestrado Profissional em Enfermagem do Programa de Pós-graduação do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS.

Autor correspondente

Rogério Ribeiro
E-mail: rogerio.ribeiroadj@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil da cultura de segurança do paciente de um hospital público de Salvador-Bahia na visão de enfermeiras líderes.

Métodos: Estudo exploratório descritivo, transversal do tipo *survey* interseccional de abordagem quantitativa. Utilizou-se o questionário "Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais" da *Agency for Healthcare Research and Quality*.

Resultados: 80,9% são coordenadoras de enfermagem. A dimensão de área forte foi "Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente" apresentando 80,9% de respostas positivas. As dimensões de áreas com potencial para a melhoria da segurança foram "Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente", "Trabalho em equipe na unidade" e "Aprendizado organizacional/melhoria contínua". As demais dimensões foram consideradas de áreas frágeis 66%. 36,4% das enfermeiras líderes não realizaram nenhuma notificação de evento adverso, no período de 12 meses. 60,9% das participantes avaliaram a segurança do paciente como regular.

Discussão: Os resultados não devem ser interpretados isoladamente, requerem visão de conjunto com outras características do hospital e o contexto sócio, político e econômico do país.

Conclusão: O perfil da cultura de segurança foi classificado como frágil, no entanto, a cultura de segurança do paciente está sendo construída de maneira efetiva na instituição.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the profile of patient safety culture in a public hospital in Salvador-Bahia from the perspective of leaders nurses.

Methods: Descriptive, exploratory and cross-sectional study of the inter-sectional survey type with a quantitative approach. The questionnaire "Research on Patient Safety in Hospitals" from the *Agency for Healthcare Research and Quality* was used.

Results: 80,9% are nursing coordinators. The dimension of strong area was "Expectations and actions of the supervisor/manager to promote patient safety" with 80,9% positive responses. The dimensions of areas with potential for improving safety were "Hospital management support for patient safety", "Teamwork in the unit" and "Organizational learning/continuous improvement". The other dimensions were considered to be fragile areas (66%). 36,4% of the leader nurses did not report any adverse events during the 12-month period. 60,9% of participants rated patient safety as regular.

Discussion: Results should not be interpreted in isolation, they require an overview of the hospital's other characteristics and the country's social, political and economic context.

Conclusion: The safety culture profile was classified as fragile, however, the patient safety culture is being built effectively in institution.

RESUMEN

Objetivo: Avaliar el perfil de la cultura de seguridad del paciente de un hospital público de Salvador-Bahia en la visión de las enfermeras líderes.

Métodos: Estudio exploratorio descriptivo, transversal del tipo *survey* interseccional de abordaje cuantitativa. Se Utilizó el cuestionario "Búsqueda sobre Seguridad del Paciente en Hospitales" de la *Agency for Healthcare Research and Quality*.

Resultados: 80,9% son enfermeras coordinadoras. La dimensión de área fuerte fue "Expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad del paciente" presentándose 80,9% de respuestas positivas. Las dimensiones de áreas con potencial para la mejoría de la seguridad fueron "Apoyo de la gestión hospitalar para la seguridad del paciente", "Trabajo en equipo de la unidad" y "Aprendizaje organizacional/mejoría continua". Las demás dimensiones fueron consideradas de áreas frágiles (66%). 36,4% de las enfermeras líderes no realizaron ninguna notificación de evento adverso, en el período de 12 meses. 60,9% de las participantes evaluaron la seguridad del paciente como regular.

Discusión: Los resultados no deben ser interpretados separadamente, requieren de visión en conjunto con otras características del hospital y del contexto sócio - político y económico del país.

Conclusión: El perfil de la cultura de seguridad fue clasificado como frágil, no entanto, la cultura de seguridad del paciente está siendo construída de manera efectiva en la institución.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

Como citar:

Ribeiro R, Servo ML, Silva Filho AM. Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. 2021;12(3):504-11.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4240

INTRODUÇÃO

A ocorrência de danos ao paciente decorrentes dos processos assistenciais prestados pelos serviços de saúde, principalmente nos hospitais, tem tornado a segurança do paciente uma preocupação que vem sendo discutida em todo o mundo.^(1,3) Com o objetivo de tornar a assistência mais segura ao paciente, diversos esforços têm sido desenvolvidos internacionalmente para reduzir os riscos a um mínimo aceitável³⁻⁵. Os danos, denominados de Eventos Adversos (EA) trazem consequências aos pacientes de ordem física e emocional, podendo atingir seus familiares, a equipe de saúde e a instituição hospitalar.^(4,5)

Desse modo, entende-se o cuidado seguro ou práticas seguras como sinônimos de processos desenhados para alcançar alta confiabilidade por meio das melhores práticas baseadas em evidências, protocolos padronizados, *checklist* e *guidelines*. Nessa perspectiva, o cuidado seguro configura-se em estratégia para mitigar a ocorrência desses eventos.^(1-4,6)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente consiste na redução de riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.⁽⁷⁾ Por sua vez, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) assinala que a cultura de segurança do paciente é produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança.⁽⁸⁾

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem integram o grupo com maior número de trabalhadores nos Serviços de Saúde (SS), cerca de 60% dos trabalhadores de um hospital. Assim, são responsáveis em realizar a maior parte dos procedimentos nos serviços hospitalares, estão presentes em todos os pontos da assistência e conseqüentemente são responsáveis pela promoção da segurança do paciente, sendo o enfermeiro, o profissional apto a identificar e comunicar riscos iminentes para prevenir a ocorrência de danos.⁽⁹⁾

Diante dessa realidade, verifica-se que o trabalho assistencial em unidades hospitalares é realizado por profissionais da enfermagem. Sendo assim, a profissão é exercida por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Contudo, considerando a divisão do trabalho dessa categoria profissional, entende-se por enfermeira líder aquela profissional que ocupa cargo de liderança no Serviço de Enfermagem (SE) e exerce atividade de gerenciamento, planejamento, organização, direcionamento, monitoramento de resultados e avaliação dos processos de trabalho que envolve a assistência ao paciente e, que ocupe a função de liderança, atuando como diretora de enfermagem, coordenadora, supervisora de enfermagem e enfermeira de referência.^(10,11)

Nessa direção, o papel de liderança da enfermeira é identificado, pela equipe de enfermagem, através de atitudes positivas para resolver conflitos, advindos das inter-relações humanas. Liderar a equipe de enfermagem e promover o envolvimento dos liderados na resolução dos problemas, através de decisões coletivas, constitui-se em estratégia para potencializar este papel. Assim, a liderança dos serviços de enfermagem é realizada em sua grande maioria por mulheres especialistas em gerenciamento em enfermagem e o trabalho em equipe, apontado como seu principal instrumento de trabalho.^(12,13)

Por fim, a liderança exercida pela enfermeira, consiste em uma ação que deve fundamentar a profissão e ter o cuidado como alicerce. O papel de líder exercido pela enfermeira, é fundamental nas relações entre os profissionais e pacientes. A enfermeira líder pode influenciar escolhas através da comunicação e habilidades de liderança como o diálogo, motivação e entusiasmo, buscando alcançar metas e objetivos pela equipe, sendo o relacionamento interpessoal considerado e valorizado por meio do cuidado, transcendendo o âmbito assistencial e alcançando o universo da liderança.⁽¹⁴⁾

Nesse contexto, a enfermeira líder é a profissional que desempenha, seja em instituições hospitalares ou em atividades de saúde comunitária, o papel de líder, caracterizado por ações que envolvem análise crítica, identificação de problemas, tomada de decisões, planejamento e implementação de cuidados, alocação de outros profissionais da equipe de enfermagem e motivação dos profissionais da equipe de saúde.⁽¹⁴⁾ A liderança se constitui em uma ação atrelada à atividade gerencial da enfermeira e o trabalho em equipe, para atender as necessidades da organização, está entre os seus maiores desafios.⁽¹¹⁾

Destaca-se, que estudar a cultura de segurança do paciente constitui-se em oportunidade para avaliar o perfil da cultura de segurança do paciente na instituição na visão de enfermeiras líderes que atuam na gestão do SE, uma vez que a gestão da assistência de enfermagem está diretamente relacionada com a qualidade, a adoção de práticas seguras e a redução de falhas assistenciais.⁽¹¹⁻¹⁴⁾

Diante do exposto, torna-se relevante para o campo da segurança do paciente e para o gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar, o seguinte questionamento: qual o perfil da cultura de segurança do paciente de um hospital público da cidade de Salvador-Bahia na visão de enfermeiras líderes?

O objetivo deste artigo é avaliar o perfil da cultura de segurança do paciente de um hospital público na visão de enfermeiras líderes.

MÉTODOS

Estudo exploratório descritivo, transversal do tipo *survey interseccional* de abordagem quantitativa.

O estudo foi desenvolvido em um hospital público de grande porte da Rede Própria da Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Configura-se como o maior hospital da rede pública do Estado da Bahia com capacidade instalada de 619 leitos. Caracteriza-se como unidade de porte terciário e de complexidade crescente, referência na formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), certificado pelo Ministério da Educação como Hospital de Ensino.⁽¹⁾

No que se refere aos critérios de inclusão: participaram enfermeiras que ocupavam cargo de liderança no Serviço de Enfermagem. Em relação aos critérios de exclusão: profissionais que tinham menos de seis meses atuando no serviço, coordenadores de enfermagem de unidades administrativas e enfermeiras líderes que estavam afastadas ou que não desejaram participar do estudo.

A população do estudo foi constituída por 70 enfermeiras líderes do SE e a amostra foi formada por 47 profissionais do hospital lócus da pesquisa. Período da coleta de dados ocorreu de setembro a outubro de 2019.

A abordagem dos participantes foi realizada na oficina de líderes da Diretoria de Enfermagem, local em que foi apresentado o projeto, o instrumento, e que realizou-se esclarecimento aos possíveis participantes da pesquisa, explicitando a relevância, os objetivos e contribuições.

Utilizou-se o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) como instrumento de coleta de dados para avaliar o perfil da cultura de segurança do paciente na visão das enfermeiras líderes do SE do hospital pesquisado. O HSOPSC tem o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente por meio da análise de 12 dimensões de segurança através da caracterização da cultura de segurança do paciente em "Áreas Fortes ou áreas de força"; "Áreas Neutras ou com potencial positivo para melhoria" e "Área Frágil". Discutiu-se os dados das doze dimensões avaliadas com base no escore geral de respostas positivas do HSOPSC.

As respostas sobre os aspectos da cultura de segurança foram medidas através da escala de Likert de 5 pontos, além de solicitar a opinião dos participantes, referente à nota de segurança do paciente na sua unidade, que variou de muito ruim a excelente, informação sobre o número de comunicação de eventos e levantamento das características profissionais. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Analisou-se possível associação

estatística das 12 dimensões da cultura de segurança avaliadas no HSOPSC através do teste do Qui-quadrado de independência. O nível de significância adotado foi de 5%.

Atendeu-se às exigências éticas e científicas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital lócus do estudo, onde procedeu-se a coleta de dados após a apresentação dos possíveis riscos e benefícios, bem como a aceitação de participação da pesquisa.

RESULTADOS

Constata-se na tabela 1 que 80,9% das participantes do estudo são coordenadoras de enfermagem de unidades assistenciais, sendo que 28,83% são das unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI) e 19,1% da Emergência Geral Adulto. O tempo de trabalho no hospital mais frequente é de 6 a 10 anos (31,9%). Verifica-se que o tempo de trabalho na área/ unidade é de 1 a 5 anos (55,3%) e a carga horária de trabalho semanal teve frequência predominante de 20 a 39 horas semanais (63,8%). O tempo de trabalho na profissão mostra que 12,8% das respondentes referiram trabalhar na profissão há 13 anos. Quanto ao grau de instrução, constata-se que as participantes possuem pós-graduação nível de especialização (87,2%) A idade com maior frequência no grupo foi 36 anos, representando 19,1% dos participantes e 89,4% são do sexo feminino. A seguir, apresentamos e analisamos as dimensões de cultura de segurança de pacientes.

A tabela 2 mostra que a dimensão "expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente" apresentou maior percentual de respostas positivas (80,9%) dentre as 12 avaliadas. A única dimensão classificada como área de fortaleza na instituição estudada. A dimensão "apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente", obteve 71,7% de respostas positivas (Tabela 2). Ressalta-se que quanto mais positiva as dimensões, mais adequada é a cultura de segurança na instituição. Portanto, as dimensões com menor percentual de respostas positivas para segurança do paciente, classificadas como áreas frágeis ou fracas são: "resposta não punitiva ao erro" (0%) e "percepção geral da segurança do paciente" (4,3%) (Tabela 2).

O número de eventos adversos notificados pelas enfermeiras líderes no período de 12 meses está apresentado na figura 1. Verifica-se que 36,4% das enfermeiras participantes do estudo responderam que não haviam realizado nenhuma notificação de evento adverso, e apenas 2,3% realizaram de 11 a 20 notificações no período de 01 ano e 6,8%, 21 notificações ou mais (Figura 1).

Tabela 1. Perfil das participantes da pesquisa

Variáveis	n(%)
Cargo/Função	
Coordenadora de enfermagem	38(80,9)
Supervisora de enfermagem	2(4,3)
Enfermeira de referência	6(12,8)
Diretoria	1(2,1)
Total	47(100)
Área de atuação (Unidade)	
Diversas unidades hospitalares/ nenhuma unidade específica	7(14,9)
Clínica (não cirúrgica)	4(8,5)
Cirurgia	4(8,5)
Obstetria	2(4,3)
Pediatria	1(2,1)
Setor de emergência	9(19,1)
UTI	10(21,3)
Radiologia	2(4,3)
Residente de enfermagem	1(2,1)
Agência transfusional	1(2,1)
Vigilância e qualidade	2(4,3)
Diretoria de enfermagem	2(4,3)
Ambulatório	1(2,1)
Supervisão de enfermagem	1(2,1)
Total	47(100)
Tempo de trabalho no hospital	
Menos de 1 ano	1(2,1)
1 a 5 anos	12(25,5)
6 a 10 anos	15(31,9)
11 a 15 anos	13(27,7)
16 a 20 anos	2(4,3)
21 anos ou mais	4(8,5)
Total	47(100)
Tempo de trabalho na área/ unidade	
Menos de 1 ano	4(8,5)
1 a 5 anos	26(55,3)
6 a 10 anos	12(25,5)
11 a 15 anos	2(4,3)
Total	47(100)
Carga horária de trabalho semanal	
Menos de 1 ano	1(2,1)
20 a 39 horas por semana	30(63,8)
40 a 59 horas por semana	15(31,9)
60 a 79 horas por semana	1(2,1)
Total	47(100)
Interação ou contato direto com os pacientes	
Sim	34(72,3)
Não	13(27,7)
Total	47(100)
Tempo de trabalho na profissão (anos)	(Média) ± (Desvio Padrão.) 13(7,6)
Pós-graduação (nível de especialização)	41(87,2)
Pós-graduação (nível mestrado ou doutorado)	3(6,4)
Nível especialização + Nível mestrado ou doutorado	1(2,1)
Total	47(100)
Idade	(Média) ± (Desvio Padrão.) 39(7,8)
Total	47(100)
Sexo	
Feminino	42(89,4)
Masculino	5(10,6)
Total	47(100)

Quadro 1. Dimensões da cultura de segurança de pacientes por respostas positivas

Dimensões da cultura de segurança	n(%)
Expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	38(80,9)
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	26(55,3)
Trabalho em equipe dentro das unidades	27(57,4)
Abertura da Comunicação	19(41,3)
Retorno da informação e comunicação sobre os erros	19(41,3)
Respostas não punitivas aos erros	0(0)
Dotação (adequação) de pessoal	11(23,4)
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	33(71,7)
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	17(36,2)
Transições do cuidado e transferências	7(14,9)
Percepção geral da segurança do paciente	2(4,3)
Frequência da notificação de eventos de segurança	8(17,8)

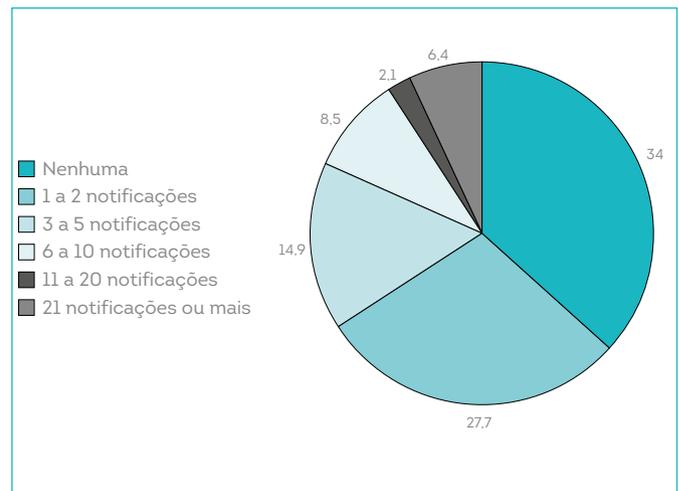


Figura 1. Número de eventos notificados pelas enfermeiras no período de 12 meses

A nota atribuída à segurança do paciente nas unidades de trabalho pelas enfermeiras líderes pode ser visualizada na figura 2. A figura 2 mostra que a nota da segurança do paciente nas unidades de trabalho variou de 1 (muito ruim) a 5 (excelente). Verifica-se que a nota atribuída à segurança do paciente na visão das enfermeiras líderes do hospital pesquisado, foi pontuada como regular (60,9%).

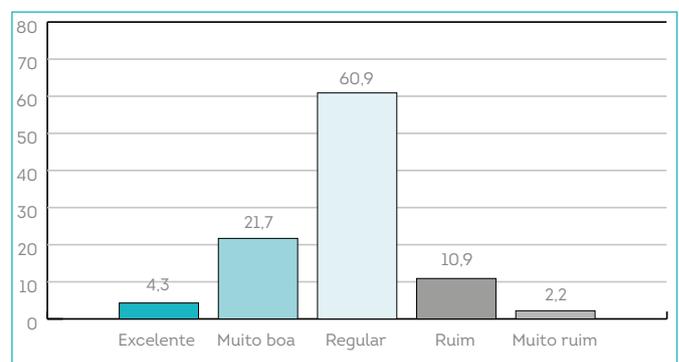


Figura 2. Nota atribuída à segurança do paciente pelas enfermeiras líderes do hospital estudado

Quadro 2. Fatores associados a cultura de segurança do paciente em hospital público localizado

Dimensão	Unidade de trabalho	N. de notificações	Tempo de trabalho no hospital	Tempo de trabalho na unidade	Horas semanais de trabalho	Cargo ou função	Int. com o paciente	Tempo de profissão	Grau de instrução	Idade	Sexo
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	0,94	0,477	0,902	0,828	0,384	0,472	0,596	0,016	0,823	0,202	0,824
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	0,039	0,252	0,395	0,837	0,408	0,69	0,12	0,886	0,627	0,979	0,426
Transições do cuidado e transferências	0,173	0,741	0,103	0,031	0,874	0,961	0,391	0,986	0,553	0,295	0,322

os valores apresentados aqui denotam o *p-value* do teste Qui-quadrado de independência

Observa-se no quadro 2 que houve associação estatística entre a dimensão “Aprendizado organizacional - melhoria contínua” e a variável “Tempo de profissão”, entre a dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” e a variável “Unidade de trabalho” e a dimensão “Transições do cuidado e transferências” com a variável “Tempo de trabalho na unidade” (p -valor < 0,05).

DISCUSSÃO

Mostrou-se predominante como força de trabalho na pesquisa, o sexo feminino. Contudo, o sexo não é um indicativo de avaliação para definir competência no que determina a segurança do paciente. Esse maior percentual de mulheres justifica-se por ser a enfermagem uma profissão exercida majoritariamente por profissionais do sexo feminino.^(15,16)

Entretanto, ao relacionar o perfil da cultura de segurança do paciente ao cargo/função, verificou-se que as coordenadoras de enfermagem do hospital estudado, tem a função de administrar a equipe de enfermagem de seus respectivos setores, além de serem responsáveis pela equipe assistencial, e, com isso, representa o principal elo entre os trabalhadores que prestam o cuidado direto ao paciente e a alta gestão do SE. Assim, evidenciou-se que o gerenciamento da assistência de enfermagem, para uma cultura positiva de segurança do paciente, pode apresentar melhores resultados quando o SE é composto por um quantitativo maior de líderes que atuam na coordenação. Aliado a isso, associa-se ao processo de trabalho das coordenadoras de enfermagem a impressão, nas rotinas de trabalho, ações direcionadas ao planejamento, organização e desenvolvimento de atividades que respondam às necessidades de segurança do paciente.^(5,11,14,15)

Desse modo, constatou-se em unidades mais complexas como a UTI e Unidade de emergência, o maior número de participantes no estudo, dessa maneira, associa-se à necessidade de profissionais com maior experiência nestas áreas, devido ao maior risco de ocorrências de eventos adversos devido à complexidade da assistência prestada nestes serviços.^(5,14,15)

A análise de possível associação estatística das 12 dimensões da cultura de segurança avaliadas no HSOPSC foi feita através do teste do Qui-quadrado de independência. O nível de significância adotado foi de 5%.⁽¹⁶⁻²⁷⁾

A associação estatística entre a dimensão “Aprendizado organizacional - melhoria contínua” e a variável “Tempo de profissão” foi identificada em outros estudos que utilizaram o HSOPSC e apresentaram diferenças significativas com o número de respostas positivas.⁽²⁸⁻³⁰⁾

Constata-se que o trabalho em grupo entre as equipes de trabalho das unidades de serviço hospitalar tem uma relação de dependência com o clima organizacional de segurança entre as equipes e as unidades de serviço assistencial do hospital evidenciado através da associação estatística entre a dimensão “Aprendizado organizacional - melhoria contínua”.⁽²⁸⁻³⁰⁾

O teste de independência entre a dimensão “Transições do cuidado e transferências” com a variável “Tempo de trabalho na unidade” sugere que tempo de trabalho da enfermeira na unidade apresenta associação com informações importantes sobre o cuidado aos pacientes e transferências.⁽²⁹⁻³¹⁾

Com isso, relaciona-se a oferta de cuidados seguros e um perfil positivo de cultura de segurança do paciente, ao grau de instrução. Verifica-se no hospital avaliado, um SE com corpo de enfermeiras líderes capacitado, de modo que a maioria das profissionais possuem Pós-Graduação *lato sensu*. Porém, essa realidade contrasta com percentual de Eventos notificados por elas. Entretanto, constatou-se uma carga horária semanal de trabalho, predominante com período de 20 a 39 horas semanais. Sabe-se que longas jornadas de trabalho causam exaustão e estresse do profissional, e por vezes, podem levar à ocorrência de falhas na assistência e EA.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Aliado a isso, a dimensão “Expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, única avaliada como área de fortaleza, indicou que se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente,

reconhecendo a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança. Acredita-se que atitudes que privilegiem uma boa relação entre os integrantes da equipe, através de elogios por exemplo, de aceitação de sugestões, são maneiras que as enfermeiras líderes, buscam para harmonizar o desenvolvimento das ações e dar atenção aos problemas relacionados a segurança do paciente. Nesse contexto, identifica-se que as enfermeiras líderes realizaram uma auto avaliação, das atividades por elas desenvolvidas, ao avaliar este aspecto da cultura de segurança.^(17-20,21)

Destaca-se também a dimensão com a pior avaliação entre as participantes. Assim, "respostas não punitivas ao erro" aparece como a área mais frágil da cultura de segurança do paciente da instituição estudada na visão das enfermeiras líderes. Todas as participantes responderam negativamente para esta questão, sendo a mais frágil de todas as dimensões avaliadas. Portanto, verifica-se a presença de uma cultura de culpabilização do indivíduo, cenário que vai na contramão de todas as recomendações atuais para que se adote uma cultura de não punição aos erros por profissionais e gestores nos serviços de saúde. Desse modo, a cultura punitiva desencoraja os profissionais a comunicarem seus erros e por consequência impede o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos mesmos. A adoção dessa prática deve ser combatida tanto em organizações hospitalares da rede pública quanto privada.^(17-20,22)

Verifica-se que a maioria das enfermeiras avaliaram a segurança do paciente no hospital como muito boa ou regular. Com isso, evidencia-se na organização, um processo de construção de uma cultura de segurança do paciente. Possibilitou-se através do HSOPSC aplicado às enfermeiras líderes, realizar um diagnóstico da segurança do paciente e apontar as áreas que carecem de maior investimento por parte da gestão. Assim, evidencia-se, por meio deste estudo o compromisso da alta gestão do SE em conhecer o perfil da segurança do paciente da instituição para fortalecer a construção da cultura de segurança do paciente no hospital.^(11,24)

Diante do exposto, outro resultado relevante e que ocupa, é o número de eventos notificados no período de 12 meses, informados pelas participantes. Verificou-se que ainda não existe enraizada na prática das líderes do SE uma cultura de notificação de eventos ocorridos na assistência gerenciada por elas e, conseqüentemente, este aspecto da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada, contribui para classificação do perfil da cultura de segurança do paciente, como frágil para notificação de falhas e erros. Portanto, evidencia-se a necessidade de melhoria

da interação entre as líderes da enfermagem e profissionais assistenciais, com ênfase na comunicação e prática educativa. Dessa maneira, a adoção de uma metodologia de notificação de maneira padronizada e simples de colocar em prática, através de instrumentos com informações mínimas para a notificação de incidentes e sistemas de aprendizagem que relacionam a causa do erro para melhorar a segurança do paciente é primordial.^(26,27,32)

Assim, constata-se os resultados estatísticos encontrados nas relações de dependência testadas através do teste do Qui-quadrado, considerando suas limitações, entre as dimensões de segurança e as variáveis independentes definidas no estudo, podem apontar caminhos para a tomada de decisões pela gestão hospitalar no sentido de melhorar o perfil da cultura de segurança do paciente. No entanto, novos estudos que utilizem testes estatísticos de relações de dependência na área da avaliação da cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar, se faz necessário.

Durante a coleta de dados, observou-se fragilidades no processo de aplicação do questionário, a saber: a recusa por alguns enfermeiros em participar da pesquisa devido o extenso questionário, o preenchimento incompleto do questionário por alguns participantes devido não considerarem algumas questões aplicáveis ao seu local de trabalho. Verificou-se a necessidade de realizar avaliações em um curto período, de modo que o profissional não considerasse a participação na pesquisa como prejuízo para suas atividades. Identificou-se a necessidade de avaliar as especificidades de cada setor, para que estes sejam analisados de acordo com cada contexto.

O estudo contribuirá para tomadas de decisões por parte das enfermeiras líderes da instituição estudada para o atendimento das recomendações nacionais e internacionais para segurança do paciente e contribuir para a construção de uma cultura de segurança do paciente no hospital eficiente e eficaz.

Servirá de instrumento de gestão que poderá ser utilizado pelas enfermeiras líderes da instituição estudada, coordenadoras, assistenciais, demais profissionais de saúde e, em particular, para os gestores da instituição, inclusive sendo referência em segurança do paciente para as unidades hospitalares da rede própria da SESAB.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil da cultura de segurança do paciente no hospital pesquisado, foi caracterizado como frágil. No entanto, vislumbram-se áreas de potencialidades e áreas frágeis que requerem estabelecimento de intervenções para a melhoria da segurança e qualidade do cuidado.

Destaca-se o comprometimento dos gestores com a segurança, investimento em treinamento e capacitação, bem como a valorização e estímulo ao trabalho em equipe, valorização do *feedback* aos profissionais sobre sua atuação e estímulo a uma comunicação e relação harmoniosa entre eles, como medidas necessárias para mudança da realidade apresentada. Identificou-se pontos fortes e frágeis da cultura de segurança para que se possa, diante dos fatores apresentados, adotar medidas e estratégias de intervenção nas dimensões consideradas frágeis. Sendo assim, devem ser analisadas em conjunto com outras características do hospital e o contexto sócio, político e econômico

do país. Assim, o perfil da cultura de segurança do paciente na instituição, na visão de enfermeiras líderes, baseado nas respostas positivas do questionário aplicado, mostrou-se frágil, no entanto, a cultura de segurança do paciente está sendo construída de maneira efetiva na instituição.

Contribuições

Rogério Ribeiro: Concepção, desenho do estudo, coleta, análise e redação do manuscrito. Maria Lúcia Silva Servo: Revisão da redação, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Aloisio Machado da Silva Filho: Análise e interpretação dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia. Estrutura e organograma [Internet]. Salvador: Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia; 2020 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/estrutura-e-organograma/>
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2020 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt_0529_01_04_2013.html
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2020 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2020 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/LivroIAssistencia_Segura.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Maio 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt_0529_01_04_2013.html
6. Reis GA, Hayakawa LY, Murasaki AC, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira ML. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e00340016.
7. Etelvino MA, Santos ND, Aguiar BG, Assis TG. Segurança do paciente: uma análise do aprazamento de medicamentos. *Enferm Foco*. 2019;10(4):87-92.
8. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety final technical report. Genève: WHO; 2009 [cited 2020 Sep 29]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
9. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Promoting Patient Safety [Internet]. Rockville: AHRQ; 2020 [cited 2020 Sep 29]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/>
10. Fugulin FM, Lima AF, Castilho V, Guimarães CP, Carvalho A, Gaidzinski RR. Quadro de profissionais de enfermagem em unidades médico-cirúrgicas de hospitais de ensino: composição e custos. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Esp2):48-54.
11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 564/2017 [Internet]. [citado 2020 Maio 10]. Brasília (DF): COFEN; 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3022005_4337.html
12. Ribeiro AG, Picanço CM, Silva RS. Gestão, Assistência e Ensino no Hospital Geral Roberto Santos: evidências do cuidado de enfermagem no Sistema Único de Saúde. 1a. ed. Curitiba: CRV Editora; 2019.
13. Conz CA, Aguiar RS, Reis HH, Pinto MC, Mira VL, Merighi MA. Atuação de enfermeiros líderes de unidade de terapia intensiva: abordagem compreensiva. *Enferm Foco*. 2019;10(4):41-6.
14. Mattos JC, Balsanelli, AP. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2019;10(4):164-71.
15. Sousa LB, Barroso MG. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2009;13(1):181-7.
16. Negrão SM, Conceição MN, Mendes MJ, Araújo JS, Pimentel IM, Santana ME. Avaliação da prática de enfermagem na segurança do paciente oncológico. *Enferm Foco*. 2019;10(4):136-42.
17. Furukawa PO, Cunha IC. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(1):106-14.
18. Ubeda SR. Is an effort needed in order to replace the punitive culture for the sake of patient safety?. *Rev Calid Asist*. 2016;31(3):173-6.
19. Borba Netto FC, Severino FG. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(3):334-41.
20. Hefner JL, Hilligoss B, Knupp A, Bournique J, Sullivan J, Adkins E, et al. Cultural Transformation After Implementation of Crew Resource Management: Is It Really Possible?. *Am J Med Qual*. 2017;32(4):384-90.
21. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MC. Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):803-9.
22. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ Publishing and Communications Guidelines [Internet]. Rockville: AHRQ; 2020 [cited 2020 Sep 29]. Available from: <https://www.ahrq.gov/research/index.html>

23. Andrade LE, Lopes JM, Souza Filho MC, Vieira Júnior RF, Farias LP, Santos CC, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(1):161-72.
24. Mallouli M, Tili MA, Aouicha W, Rejeb MB, Zedini C, Salwa A, et al. Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: A multicenter study. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(2):176-82.
25. Teixeira LG. Cultura de Segurança do Paciente: Estudo no Hospital Geral Clériston Andrade-Feira de Santana Bahia [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2019.
26. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):757-63.
27. Carmo JM. Cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.
28. Wami SD, Demssie AF, Wassie MM, Ahmed AN. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:495.
29. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HF. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(5):755-63.
30. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FV, Guimarães DB, Nogueira LT, Madeira MZ. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180198.
31. 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.
32. Martins GA, Domingues O. *Estatística Geral e Aplicada*. 4a ed. São Paulo: Editora Atlas; 2011.

RELAÇÃO DE TRABALHO ENTRE ENFERMEIROS OBSTÉTRICOS E DOULAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

THE WORK RELATIONSHIP BETWEEN OBSTETRIC NURSES AND DOULAS IN ASSISTANCE TO CHILDBIRTH

LA RELACIÓN DE TRABAJO ENTRE ENFERMEROS OBSTÉTRICOS Y DOULAS EN LA ASISTENCIA AL PARTO

Lúcia Aline Moura Reis¹ (<https://orcid.org/0000-0002-3522-3584>)

Rubensilson Caldas Valois¹ (<https://orcid.org/0000-0001-9120-7741>)

Laura de Fátima Lobato Silva¹ (<https://orcid.org/0000-0002-5566-5697>)

Maira Cibelle da Silva Peixoto¹ (<https://orcid.org/0000-0002-9315-7888>)

Kariny Veiga dos Santos¹ (<https://orcid.org/0000-0002-2350-7168>)

Ana Sheyla Falcão Modesto¹ (<https://orcid.org/0000-0001-9590-8844>)

Descritores

Inter-relação; Trabalho de parto; Parto normal; Doulas; Enfermeiras obstétricas

Descriptors

Interrelation; Labor; Natural childbirth; Doulas; Nurse midwives

Descriptores

Interrelación; Trabajo de parto; Parto normal; Doulas; Enfermeras obstétricas

Recebido

29 de Julho de 2020

Aceito

25 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído de trabalho de conclusão de curso de graduação, intitulado "A Relação de Trabalho entre Enfermeiros Obstétricos e Doulas na Assistência ao Trabalho de Parto e Parto", defendido em 2018, Graduação em Bacharelado em Enfermagem, Escola de Enfermagem Magalhães Barata (EEMB) / Universidade do Estado do Pará (UEPA), apresentado na Escola de Enfermagem Magalhães Barata (EEMB).

Autor correspondente

Lúcia Aline Moura Reis
E-mail: luciaalinereis@gmail.com

RESUMO

Objetivo: O estudo objetiva descrever a relação de Enfermeiros Obstétricos e Doulas na assistência ao trabalho de parto e parto.

Métodos: Estudo qualitativo, descritivo e prospectivo, realizado no Centro de Parto Normal localizado em Castanhal, com sete Enfermeiras Obstétricas e três Doulas. Os dados foram coletados entre dezembro/2017 e maio/2018, por meio de entrevista semiestruturada e Análise de Conteúdo de Bardin.

Resultados: Emergiram as seguintes categorias: Assistência holística à gestante; A Enfermagem Obstétrica e as Doulas: o desafio no entrecruzar de práticas; Associação de práticas na assistência ao parto normal.

Conclusão: Apesar dos relatos evidenciados de conflitos entre as Doulas e as Enfermeiras Obstétricas, é possível identificar uma boa relação na associação de práticas proporcionando benefícios à parturiente.

ABSTRACT

Objective: The study aims to describe the relationship between Obstetric Nurses and Doulas in assisting labor and delivery.

Methods: A qualitative, descriptive and prospective study, carried out with seven Obstetric Nurses and three Doulas. Data were collected between Dec 2017 to May 2018, through a semi-structured interview and Bardin Content Analysis.

Results: The speeches were classified into the following categories: Holistic care for pregnant women; Obstetric Nursing and Doulas: the challenge in the intertwining of practices; Association of practices in assisting normal delivery.

Conclusion: Despite the evidences of conflicts between the Doulas and the Obstetric Nurses, it is possible to identify a good relation in the association of practices providing benefits to the parturient.

RESUMEN

Objetivo: El estudio objetivó describir la relación de Enfermeros Obstétricos y Doulas en la asistencia al trabajo de parto y parto.

Métodos: Estudio cualitativo, descriptivo y prospectivo, realizado en el Centro de Parto Normal ubicado en Castanhal, con siete Enfermeras Obstétricas y tres Doulas. Los datos fueron recolectados entre diciembre/2017 y mayo/2018, por medio de entrevista semiestruturada y Análisis de Contenido de Bardin.

Resultados: Se plantearon las siguientes categorías: Asistencia holística a la gestante; La Enfermería Obstétrica y las Doulas: el desafío en el entrecruzar de prácticas; Asociación de prácticas en la asistencia al parto normal.

Conclusión: A pesar de los relatos evidenciados de conflictos entre las Doulas y las Enfermeras Obstétricas, es posible identificar una buena relación en la asociación de prácticas proporcionando beneficios a la parturienta.

¹Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

Como citar:

Reis LA, Valois RC, Silva LF, Peixoto MC, Santos KV, Modesto AS. Relação de trabalho entre enfermeiros obstétricos e doulas na assistência ao parto. *Enferm Foco*. 2021;12(3):512-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4248

INTRODUÇÃO

Historicamente, a assistência ao parto passou por diversas modificações, dentre elas a saída do ambiente familiar, acompanhado por parteiras, passando a ocorrer em ambientes hospitalares levando a mulher a perder sua privacidade e autonomia, além de passar a ser submetida a inúmeros procedimentos como enema, amniotomia, episiotomia, dentre outros, bem como ser assistida por diversos profissionais.⁽¹⁻³⁾

Contudo, apesar dessas vastas mudanças ocorridas no processo de cuidado ao parto, o governo brasileiro permaneceu imparcial quanto aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres durante muitos anos e apenas no ano de 1977 na VI Conferência Nacional da Saúde realizada em Brasília, foram elaboradas as primeiras políticas públicas voltadas ao público materno e infantil visando sobretudo a redução e prevenção da gravidez de alto risco, no qual as primeiras orientações de cuidado a essas gestantes foram especificadas no Programa de Saúde Materno-Infantil publicado em 1978, que tinha por objetivo promover a prevenção de gestações de alto risco,⁽⁴⁾ seguido pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1983 que tinha por finalidade garantir ao binômio mãe e filho os direitos de equidade e integralidade do cuidado.^(2,5)

A partir desse período, outros programas foram criados pelo Ministério da Saúde (MS) a fim de desenvolver uma rede de cuidados que proporcionasse à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e cuidado humanizado durante o período gravídico-puerperal, assim como garantir o nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis à criança, além de incentivar os serviços de saúde a empregarem práticas humanizadas, destacando-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) lançado pela Portaria/GM nº. 569, de 01 de junho de 2000, o Programa Rede Cegonha de 2011 e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, aprovadas através da Portaria nº. 353, de 14 de fevereiro de 2017.⁽⁶⁻⁹⁾

A inserção dos Centros de Parto Normal (CPN) tiveram início durante a década de 1980, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) pressionada pelos movimentos feministas, sugeriu mudanças nas condutas dos profissionais e que intervenções desnecessárias deixassem de ser realizadas.⁽¹⁰⁾ Atualmente, a portaria nº 11, de janeiro de 2015, define os CPN como uma unidade designada à assistência aos partos caracterizados como de risco habitual e que possuem como principal objetivo garantir o direito da gestante a ter o seu parto em um local semelhante ao ambiente familiar, fornecendo segurança e autonomia de decisão junto à equipe de saúde acerca da melhor conduta a ser executada durante o trabalho de parto e parto.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Conjuntamente as modificações ocorridas no contexto de assistência ao parto exsurge no contexto mundial as Doulas, que de acordo com a Organização das Doulas da América do Norte (DONA), são mulheres treinadas para oferecer apoio físico, emocional e informações às gestantes e também atuam como canal de comunicação entre a gestante e a equipe de saúde.^(13,14) No Brasil, instituições como: Doulas do Brasil, Associação Nacional de Doulas (ANDO) e o Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (GAMA), realizam constantemente o treinamento de Doulas. Segundo dados da ANDO até o ano de 2009 tinham-se 201 mulheres certificadas.⁽¹⁵⁾

Dentre as atividades exercidas pelas Doulas há a realização de técnicas de respiração, estímulo a deambulação, aplicação de compressas quentes ou frias, estímulo a participação familiar, além de buscar proporcionar um ambiente calmo com ações que visem o protagonismo da gestante, diminuindo medos, ansiedades, apresentando informações a respeito de medicamentos e posicionamentos que facilitem o processo do parto.⁽¹⁴⁾

No entanto, há divergências quanto sua aceitação por parte dos profissionais de saúde, no qual há profissionais que manifestam discursos de que as Doulas incentivam as mulheres a negarem cuidados obstétricos necessários e atrapalham a assistência, assim como há aqueles que declaram que a presença das Doulas possibilitou o desenvolvimento de sua assistência de forma mais satisfatória.^(15,16)

No Brasil, as Doulas não são classificadas legalmente como uma profissão e nem como integrantes da equipe de saúde, sendo reconhecida apenas como uma ocupação na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO),⁽¹⁷⁾ e regulamentadas apenas por Leis Estaduais e Municipais nas cidades de Belém, Florianópolis e São Paulo, que garantem a presença das mesmas durante o trabalho de parto e parto.^(15,17-20) Dessa forma, o presente estudo objetivou descrever a relação de trabalho de Enfermeiros Obstetras e das Doulas na assistência ao trabalho de parto e parto.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo de abordagem qualitativa.

A amostra do estudo foi composta por dois grupos, um formado por sete Enfermeiras Obstetras (EO) atuantes no CPN e o segundo composto por três Doulas com histórico de atuação no CPN. Este estudo preconizou o uso de amostras independentes, caracterizadas como variáveis semelhantes a serem estudadas para ambos os grupos, visto que se busca compará-las entre si. As variáveis da pesquisa são classificadas como qualitativas ou categóricas, isto é, são apresentadas em forma de palavras ou expressões.⁽²¹⁾

Os critérios de inclusão dos EO foram possuir título de especialização e/ou residência em enfermagem obstétrica, atuação profissional no CPN e ter assistido a parturiente com a participação da Doula. Os critérios de exclusão foram: ser Enfermeira Obstetras e também atuarem como Doulas. Os critérios de inclusão das Doulas foram: a realização de curso de formação de Doulas, atuar como Doula, ter atuado no CPN, ter acompanhado a parturiente em conjunto com a assistência do EO. Como critérios de exclusão atuarem como Doulas, porém não possuírem nenhuma capacitação para o desenvolvimento das atividades.

A coleta de dados foi realizada em um Centro de Parto Normal (CPN) localizado a 60 km da capital Belém/Pará. O CPN foi fundado em junho de 2016, sendo o primeiro da região Norte e oferece serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) destinados ao atendimento ambulatorial, de internação e urgência e emergência de gestantes de baixo risco, bem como dispõe do Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento.⁽²²⁾

Em relação a presença das Doulas na unidade, estas possuem livre acesso, não sendo consideradas acompanhantes e em casos da gestante não possuir conhecimento a respeito da atuação dessas mulheres a equipe de enfermagem informa sobre o trabalho desenvolvido pelas mesmas estimulando a presença das Doulas no ambiente de parto.

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2017 a maio de 2018. Para realização das entrevistas foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados consistiu em uma entrevista semiestruturada aplicada as EO no período matutino e vespertino, em uma sala reservada no CPN. Já as entrevistas com as Doulas foram realizadas em domicílio e nos seus ambientes de trabalho por escolha das entrevistadas de acordo com suas disponibilidades e preferências de dia e horário para realização das entrevistas.

A entrevista abordou temas a respeito do perfil socioeconômico dos participantes, bem como questionamentos específicos a respeito da relação de trabalho: "Durante a sua atuação como Doula no CPN, você se sentiu acolhida pelos Enfermeiros Obstetras? Por quê?", "Como você percebe a sua relação com o Enfermeiro Obstetra no Centro de Parto Normal no cuidado à gestante?", "Pra você de que forma a presença das Doulas beneficia no acompanhamento do trabalho de parto e parto da parturiente?", "Como você descreve a sua relação com as Doulas durante a assistência ao trabalho de parto e parto humanizado no Centro de Parto Normal?".

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os dados foram organizados e analisados através da

metodologia de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, com emprego das três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, subdividida em codificação e inferência.⁽²³⁾

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem Magalhães Barata (EEMB)/Universidade do Estado do Pará (UEPA), por versar de pesquisa que envolve seres humanos, com base na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo parecer de aprovação sob o número CAAE 79837017.5.0000.5170, conforme parecer 2.449.155 de 19 de dezembro de 2017.

RESULTADOS

Quanto a análise dos dados socioeconômicos, verificou-se que das Enfermeiras Obstétricas atuantes no CPN 57% residem no município de Ananindeua, pertencente a Região Metropolitana de Belém, 29% residem na capital Belém e apenas 14% residem em Castanhal, cidade onde se localiza o CPN. Em relação ao tempo de atuação na profissão, observou-se que 71% possuem entre 1 a 3 anos e 29% de 4 a 7 anos. Quanto ao tempo de atuação no CPN, 71% atuam de 1 a 2 anos na instituição e 29% a menos de 1 anos, dados estes já esperados devido ao fato de a instituição ter sido inaugurada no ano de 2016. Já a análise dos dados obtidos nas entrevistas com as Doulas, observou-se que 100% são do sexo feminino e residem no município de Ananindeua, Belém e Castanhal cada uma delas. Em relação a escolaridade uma das Doulas possui Ensino Médio Completo com formação técnica em Segurança do Trabalho e duas possuem Ensino Superior Completo com formações em Psicologia e Licenciatura em Artes. No que concerne ao tempo de atuação como Doula duas possuem entre um a três anos de atuação e uma possui entre quatro e sete anos de atuação. Destaca-se também que das 3 Doulas entrevistadas 67% (n=2) possuíam renda acima entre dois e três salários-mínimos e 33% (n=1) possuía renda acima de sete salários-mínimos, contudo tal observação deve-se ao fato das Doulas participantes do estudo não possuírem apenas a função de Doula como única fonte de renda, exercendo também outras funções que se caracterizam como suas principais fontes de renda.

A assistência holística à gestante

Observa-se no discurso abaixo a importância de se proporcionar as parturientes um cuidado holístico, tendo como principal objetivo o bem-estar materno e infantil. Destaca-se que o cuidado oferecido pelas Doulas em conjunto com

a atuação das Enfermeiras Obstétricas visa essencialmente priorizar a liberdade de escolha, o respeito e a autonomia da gestante.

[...] eu acho o trabalho da Doula fenomenal, ninguém trabalha sozinho, o ser humano não é um bolo que fica repartido, eu acho que a partir do momento que os profissionais se deem as mãos em prol de um nascimento respeitoso, é o que importa (E3)

A enfermagem obstétrica e as doulas: o desafio no entrecruzar de práticas

A relação de trabalho entre Enfermeiras Obstétricas e Doulas deve ocorrer de modo harmonioso a medida em que ambas conhecem suas atribuições específicas e as executam sem interferir nas atividades exercidas pelos colegas da equipe.

Olha, essa questão é muito relativa, acho que depende muito da profissional [...] porque têm algumas Doulas que chegam e fazem o trabalho delas em conjunto com a equipe e tem Doula que não (E2).

[...] a Enfermeira Obstétrica é o suporte técnico, porque a Doula não tem nenhuma inferência técnica no processo do parto (D1).

Observa-se nas falas das Enfermeiras Obstétricas entrevistadas relatos de episódios nos quais as Doulas se envolviam nas decisões de cuidado técnico tomadas pela equipe, realizando orientações e intervenções privativas do Enfermeiro que segundo as entrevistadas, colocam em risco o bem-estar materno e infantil, conforme destacado nas falas abaixo:

Eu tive problema com uma Doula, porque a gente trabalha em conjunto, [...] então a partir do momento que elas estão trabalhando em conjunto, fazendo o que a gente orienta, a gente acaba tendo um parto satisfatório, mas a partir do momento que elas querem conduzir o parto, complica. Nesse parto que essa Doula tentou conduzir, acabou edemaciando a vulva de tanto que ela pedia para gestante sentar todo o tempo na banqueta (E1).

Tem Doula que acha que sabe mais do que o Enfermeiro, não digo nem só o Enfermeiro, até mesmo outros da equipe, como médicos e fisioterapeutas em outros locais e aí querem tomar a frente da conduta ou questionar a conduta do Enfermeiro e é isso que eu não sou a favor (E2).

[...] eu não tenho problema com Doula, eu tenho problema quando a Doula toma uma conduta inadequada, principalmente na frente da paciente, que quer questionar a nossa conduta como Enfermeira Obstétrica (E2).

Associação de práticas na assistência ao parto normal

Nos discursos das Doulas e das Enfermeiras Obstétricas é possível verificar-se que as Doulas auxiliam no processo de cuidado, posto que permanecem com as parturientes durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério, além de possuírem um maior vínculo com a mulher facilitando a comunicação com os profissionais de saúde.

[...] essa relação de Doula e Enfermeiro Obstétrico é uma relação que super dá certo, porque nós temos papéis diferenciados, enquanto a Doula está preocupada em garantir os desejos da mulher, de lembrá-la do que ela quer, em dar esse suporte físico que ela precisa, a Enfermeira Obstétrica está realizando a parte técnica que ela precisa desenvolver, como fazer a ausculta do bebê, avaliar clinicamente a mulher (D1).

[...] nós somos muito parceiras, trabalhamos em conjunto o tempo inteiro, nunca tive problema com nenhuma enfermeira (D2).

Graças a Deus, as nossas atuações com as Doulas têm sido muito tranquilas, a Enfermeira Obstétrica sabe a sua posição e a Doula sabe a dela, então quando cada um sabe qual o seu papel durante o cenário de parto, você não vai ter grandes problemas (E5).

Os discursos também destacam que apesar das dificuldades relatadas no trabalho em conjunto, segundo as Doulas entrevistadas, verifica-se que a relação de trabalho entre Doulas e Enfermeiras Obstétricas também pode ocorrer de modo harmonioso e respeitoso.

Com as enfermeiras com quem eu já trabalhei, nunca tive nenhuma resistência, acho que começa a se ter um entendimento que a Doula tem um papel fundamental nesse acompanhamento, muito mais no apoio psicológico [...] então nunca tive nenhum problema em acompanhamento de parto (D3).

[...] deve ser uma relação de respeito, eu acho que cada uma tem que entender o seu papel, o papel da enfermeira obstétrica é acompanhar fisiologicamente o parto, então ela tem capacidade e foi qualificada para fazer esse acompanhamento. A Doula faz o acompanhamento muito mais psicológico e emocional, ela é o ponto de apoio da mulher (D3).

DISCUSSÃO

Em estudo realizado⁽²⁴⁾ na cidade de Londrina/PR em três instituições hospitalares com setores de maternidade, com um total de 63 profissionais, oito possuíam formação de Enfermeiro Obstétrico. Tal estudo demonstrou que 19% dos profissionais possuíam idade entre 20 e 29 anos e 31,8% entre 30 e 39 anos, dados que corroboram com os achados na presente pesquisa.

Já em pesquisa⁽²⁵⁾ realizada com Doulas atuantes em um CPN intra-hospitalar localizado na cidade de São Paulo demonstrou que em relação ao nível de escolaridade 10,7% das Doulas possuíam Ensino Médio Completo e 64,3% possuíam Ensino Superior Completo, caracterizando mais da metade da população de estudo, dados estes correspondentes aos dados encontrados pela presente pesquisa, além de observar que 50% das Doulas participantes da pesquisa não possuíam renda fixa e 17,9% possuíam renda acima de dois e cinco salários-mínimos, dado este que não se assemelha aos encontrados na presente pesquisa.

No que concerne a assistência holística às gestantes, estudos^(23,25,26) demonstram que os profissionais da área da saúde, dentre eles o Enfermeiro, prestam sua assistência com frieza, exatidão, técnica e precisão, por acreditarem que tais atitudes aceleram o processo de cura dos usuários. A fala da Enfermeira 3, evidencia essa prática ainda comum no âmbito do cuidado, ressaltado pelo trecho “*um bolo que fica repartido*” (E3) e que não se restringe apenas ao âmbito obstétrico, mas está presente em diversas especialidades da saúde.

Entretanto, atualmente difunde-se o conceito de cuidado holístico e humanizado, no qual o ser humano é resultante de diversas interações em múltiplos contextos, sejam eles emocionais, morais ou culturais.⁽²⁷⁾

Outros autores⁽²⁸⁾ destacam que o Enfermeiro necessita assistir ao paciente de modo holístico com um olhar transcultural, isto é, considerar que a cultura possui papel primordial no processo saúde e doença do ser humano. Dessa forma, o Enfermeiro, bem como os demais profissionais que atuam no cuidado ao usuário devem considerar em sua prática uma assistência que inclua aspectos físicos, emocionais, psicológicos e espirituais

Segundo estudo⁽²⁹⁾ realizado nas cidades de Sydney e Blue Mountains (Austrália) que buscou identificar o papel das Doulas atuantes na região, demonstrou que essas mulheres são procuradas pelas parturientes devido a necessidade de uma complementação e continuidade no cuidado prestado pelas Enfermeiras Obstétricas. Contudo, os autores também identificaram que há o sentimento de desvio nas ações realizadas, ou seja, de acordo com as

Enfermeiras, as Doulas vêm realizando funções que são privativas do Enfermeiro, tal sentimento pode ser identificado no trecho referente a fala da Enfermeira 2: “*algumas Doulas que chegam e fazem o trabalho delas em conjunto com a equipe e tem Doula que não*”.

Estudos⁽²⁹⁾ demonstram que algumas Doulas têm realizado práticas inadequadas e fora de suas especialidades, além de interferirem frente às decisões tomadas pela equipe de saúde, proporcionando a descontinuidade na assistência à parturiente. Ressalta-se que as atividades realizadas pelas Doulas são de cunho emocional e psicológico e o apoio físico por elas realizado deve ser através do auxílio às práticas recomendadas pelos profissionais de saúde, haja vista que elas não possuem formação técnica e científica para indicar ou contraindicar a aplicação de determinada técnica no momento do trabalho de parto, como por exemplo a utilização da banqueta.⁽³⁰⁾

As Doulas, assim como as Enfermeiras Obstétricas, possuem conhecimentos referentes a fisiologia do parto e devido não ser precisamente delimitadas quais funções podem ou não ser exercidas pelas Doulas, observa-se questionamentos das decisões tomadas pela equipe de saúde, gerando desconforto e até mesmo conflitos durante a atuação conjunta com Enfermeiras Obstétricas. Contudo, estudiosos⁽²⁸⁾ afirmam que apesar dos conflitos, os benefícios dessa relação sobrepõem-se em razão de a realização do cuidado continuado aumentar a satisfação da parturiente.

Nesse sentido, salienta-se que o papel das Doulas não deve ser apenas como “preenchedor de lacunas” e apesar de algumas práticas serem semelhantes, as Doulas e as Enfermeiras Obstétricas possuem focos de atuação distintas.⁽²⁸⁾ Dessa forma, as Doulas não devem intervir de modo clínico, estando tal atividade restrita ao Enfermeiro Obstétrico, ou seja, não devem realizar ações assistenciais de cuidados como verificação de sinais vitais maternos e fetais, exame de cardiocografia fetal, dentre outras atividades, cabendo também à Enfermeira Obstétrica promover uma livre comunicação entre a equipe a fim de facilitar o diálogo.⁽²⁹⁾

Estudos⁽³¹⁾ apontam que as Doulas atuam de modo à auxiliar não apenas a parturiente, mas também as Enfermeiras Obstétricas, devido este profissional exercer diversas obrigações nos serviços de saúde que acarretam a dificuldade do cuidado contínuo. Bem como, pesquisas demonstram que a atuação inter-relacionada de Doulas e profissionais da saúde é extremamente benéfica para o binômio mãe e filho. Os relatos das Enfermeiras entrevistadas expressam que apesar de haver diversos conflitos no âmbito da relação entre Doulas e Enfermeiros Obstétricos, quando há o

respeito acerca das funções específicas de cada área esta relação torna-se equilibrada e benéfica para a parturiente, pois a Enfermagem Obstétrica possui um cuidado característico e a inserção das Doulas visa melhorar a qualidade da assistência.⁽³²⁾

As falas das Doulas também corroboram com os achados de estudos acerca da relação de trabalho entre Doulas e Enfermeiros Obstétricos posto que, a dificuldade do fazer colaborativo nesta relação prejudica diversos aspectos do parto, desde a assistência a parturiente, o cuidado com a família, com o recém-nascido e o trabalho desenvolvido por ambos os profissionais. Dessa forma, salienta-se que é primordial que ocorra harmonia nesta relação a fim de que se possa oferecer um cuidado qualificado e contínuo.

Demais autores^(25,28,33) afirmam que a Doula também atua como uma ligação entre a equipe de saúde e a parturiente e que apesar de muitos profissionais possuírem uma concepção inicial negativa a respeito da atuação dessas, tal percepção vêm tornando-se cada vez mais obsoleta devido aos benefícios apresentados, demonstrando que a comunicação entre ambas as áreas de atuação são a chave para uma boa relação.

Observou-se a partir da realização da presente pesquisa certas limitações, dentre elas verifica-se que pesquisas nas quais se implica a utilização de metodologias de entrevista, os dados por esta obtidos fundamentam-se na interpretação dos pesquisadores, havendo-se então o risco de as análises sofrerem influência das percepções dos pesquisadores. Outro fator limitante para o estudo, que resultou em um baixo quantitativo de Doulas entrevistadas, é que apesar de existir regulamentações que permitam a presença das Doulas em maternidades públicas e em centros de parto ainda se observa uma resistência a sua presença nas instituições, circunstância essa acrescida da pouca compreensão de algumas gestantes a respeito da importância da presença das Doulas nesse ambiente.

A presente pesquisa demonstra a importância da interprofissionalidade para a prática da Enfermagem, em todos as vertentes de cuidado ao ser humano, aqui destacado o cuidado com a gestante no momento do parto. O trabalho conjunto de Enfermeiras Obstétricas e Doulas demonstra ser muito benéfico para a parturiente em um momento no qual ela necessita tanto de cuidados fisiológicos quanto psicológicos e sociais. Em vista disso, uma melhor compreensão sobre os diversos aspectos dessa relação de trabalho se mostra de extrema relevância para a atuação de ambos os profissionais, além de evidenciar a necessidade de realização de outros estudos que se proponham a analisar o perfil das atividades desenvolvidas pelas Doulas em cada

fase do ciclo gravídico e puerperal e seus benefícios para o binômio mãe e filho, com o objetivo de aperfeiçoar a prática interprofissional e o cuidado oferecido a gestante.

CONCLUSÃO

Os CPN são ambientes de ampla atuação dos Enfermeiros Obstetras que promovem em suas práticas assistenciais a autonomia e o bem-estar materno e infantil, no entanto, devido a Região Norte possuir apenas um CPN tal ambiente ainda é pouco difundido, evidenciando que o modelo prevalente ainda é o hospitalocêntrico. Nesse contexto, a ocupação das Doulas exsurge na sociedade moderna de modo análogo as antigas parteiras, isto é, a experiência pessoal com partos estimulou a busca por conhecimentos e qualificações que visam promover melhorias na vivência de outras mulheres, assim como atuam de modo a difundir tais serviços de saúde, como os CPN. Do mesmo modo, observa-se que apesar dos relatos que evidenciam conflitos entre Doulas e Enfermeiras Obstétricas, é possível identificar que a associação de práticas proporciona benefícios à parturiente. Contudo, destaca-se que as práticas exercidas por essas profissionais possuem diferentes finalidades, visto que as Doulas têm como escopo o bem-estar emocional e psicológico da parturiente e o Enfermeiro Obstétrico atua como responsável técnico e legal por assistir o binômio de modo fisiológico e científico, possuindo deste modo como desígnio o bem-estar físico e psicológico.

Agradecimentos

Agradecemos inicialmente aos profissionais da Secretaria de Saúde de Castanhal, do setor de Alta Complexidade pelo auxílio no contato com os profissionais do Centro de Parto Normal local em que os dados foram coletados, bem como na autorização para a realização da pesquisa. À todas as Enfermeiras do Centro de Parto Normal Haydee Pereira de Sena pela contribuição no trabalho e acolhimento dos pesquisadores. Aos professores da Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Universidade do Estado do Pará, pelo auxílio desde o início do projeto de pesquisa, com os delineamentos da pesquisa e sua execução.

Contribuições

Lúcia Aline Moura Reis: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Rubenilson Caldas Valois: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Laura de Fátima Lobato Silva: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a

ser publicada. Maira Cibelle da Silva Peixoto: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Kariny Veiga dos Santos: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser

publicada. Ana Sheyla Falcão Modesto: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Gomes AR, Pontes DS, Pereira CC, Brasil AO, Moraes LC. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Rev Recien*. 2014;4(11):23-7.
2. Santos LM, Santos LM, Brandão MM, Cerqueira EA, Ramos MS, Carvalho ES. Association between perineorrhaphy and perineal problems, habitual activities, and physiological needs affected. *Rev Cuid*. 2018;9(2):2233-44.
3. Reis CS, Souza DO, Nogueira MF, Progianti JM, Vargens OM. Analysis of births attended by nurse midwives under the perspective of humanization of childbirth. *R Pesq Cuid Fundam*. 2016;8(4):4972-9.
4. Oliveira LR, Rizzato AB, Magaldi C. Saúde materno-infantil: visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. *Rev Saúde Pública*. 1983;17(3):208-20.
5. Pontes MG, Lima GM, Feitosa IP, Trigueiro JV. Parto Nosso De Cada Dia: Um Olhar Sobre As Transformações E Perspectivas Da Assistência. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2014;12(1):69-78.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS: a Rede Cegonha [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
7. Santos RA, Melo MC, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cad Cult Ciênc*. 2015;13(2):77-89.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 353 de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000 [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
10. Garcia LV, Teles JM, Bonilha AL. O centro de parto normal e sua contribuição para atenção obstétrica e neonatal no Brasil. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2017;7:356-63.
11. Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV, Luz VL, Coelho DM, Feitosa VC, et al. Perception of postpartum women on the assistance by health-care in a natural childbirth center. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(3): 521-30.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
13. Munoz EG, Collins M. Establishing a Volunteer Doula Program Within a Nurse- Midwifery Education Program: A Winning Situation for Both Clients and Students. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60(3): 274-7.
14. Chapple W, Gilliland A, Li D, Shier E, Wright E. An economic model of the benefits of professional doula labor support in Wisconsin births. *Wis Med J*. 2013;112(2):58-64.
15. Silva RM, Barros NF, Jorge HM, Melo LP, Ferreira Junior AR. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2783-94.
16. Steel A, Frawley J, Sibbritt D, Adams J. A preliminary profile of Australian women accessing doula care: findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Obstet Gynaecol*. 2013;53(6):589-92.
17. Lima LO. Doula, Sim! A Importância Das Doulas Na Gestação, Parto E Puerpério. *Anais 13º Congresso Mundos de Mulheres & Seminário Internacional Fazendo Gênero*; 2017 jul 30 ago 5; Florianópolis: Santa Catarina; 2017. p. 1-12.
18. Belém (PA). Lei nº 9.274 de 11 de maio de 2017. Dispõe sobre a presença de "Doulas" durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, do Município de Belém, e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Belém*, 2017 mai 18; Seção 1: 2.
19. Florianópolis (SC). Lei nº 16.869 de 15 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a presença de Doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. *Diário Oficial Estado de Santa Catarina*, 2016 jan 18; Seção 1:3.
20. São Paulo (SP). Lei nº 16.602 de 23 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a permissão da presença de Doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde. *Diário Oficial do Município de São Paulo*. 2016 dez 24; Seção 1:1.
21. Furlaneto I, Ayres M. *Bioestatística Conceitos Básicos*. 1a ed. Belém: Gráfica Supercorres; 2015.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Centro de Parto Normal Haydee Pereira de Sena; c2016-2019 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=61&VListar=1&VEstado=15&VMun=150240&VSubUni=&VComp=201704
23. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
24. Esser M, Mamede F, Mamede M. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. *Rev Eletr Enferm*. 2012;14(1):133-41.
25. Costa M, Santos RO, Hino P, Santos JO. Apoio emocional oferecido às parturientes: opinião das doulas. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2013;2(3):18-31.
26. Lemos RCA, Jorge LLR, Almeida LS, Castro AC. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. *Rev Eletr Enferm*. 2010;12(2):354-9.

27. Cavalcanti MC, Mariano RF, Chaves RG, Cavalcanti VF, Barbosa WF. A Evolução Da Enfermagem: Um Recorte Histórico, Político E Cultural. Anais do 17º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF). Belém (PA): Conselho Federal de Enfermagem; 2014. p. 1-10.
28. Stevens J, Dahlen H, Peters K, Jackson D. Midwives' and doulas' perspectives of the role of the doula in Australia: a qualitative study. *Midwifery*. 2011;27(4):509-16.
29. Ballen L, Fulcher A. Nurses and Doulas: Complementary Roles to Provide Optimal Maternity Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(2):304-11.
30. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;16(2): CD003766.
31. Akhavan S, Lundgren I. Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden—A qualitative study. *Midwifery*. 2012;28(1):80-5.
32. Kozhimannil K, Attanasio L, Hardeman R, O'Brien M. Doula Care Supports Near-Universal Breastfeeding Initiation among Diverse, Low-Income Women. *J Midwifery Women's Health*. 2013;58(4): 378-82.
33. Souza KR, Dias MD. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):493-9.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® IDENTIFICADOS EM PUÉRPERAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CIPE® NURSING DIAGNOSES IDENTIFIED IN PUERPERAL WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE CIPE® IDENTIFICADOS EN MUJERES PUERPERALES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Larissa Layne Soares Bezerra Silva¹

(<https://orcid.org/0000-0002-8399-2185>)

Rhayza Rhavênia Rodrigues Jordão¹

(<https://orcid.org/0000-0002-9038-2131>)

Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes¹

(<https://orcid.org/0000-0001-7554-2662>)

Viviane Rolim de Holanda²

(<https://orcid.org/0000-0002-7212-1800>)

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli¹

(<https://orcid.org/0000-0003-4934-1335>)

Suzana de Oliveira Manguiera¹

(<https://orcid.org/0000-0003-0931-8675>)

Descritores

Atenção primária à saúde; Cuidados de enfermagem; Período pós-parto; Processo de enfermagem; Terminologia padronizada em enfermagem

Descriptors

Primary health care; Nursing care; Postpartum period; Nursing process; Standardized nursing terminology

Descriptores

Atención primaria de salud; Cuidado de enfermera; Período posparto; Proceso de enfermería; Terminología estandarizada de enfermería

Recebido

4 de Agosto de 2020

Aceito

4 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Larissa Layne Soares Bezerra Silva
E-mail: larissalayne@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar os diagnósticos de enfermagem em puérperas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde por meio da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 12 puérperas em uma Unidade Básica de Saúde.

Resultados: Os diagnósticos identificados mais frequentes foram: Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada (83,3%); Baixa autoestima (50%); Sono prejudicado (50%); Privação do sono (50%) e Dor (50%).

Conclusão: Destaca-se o lazer como principal necessidade afetada e a Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada como o diagnóstico mais frequente. Conclui-se que o puerpério pode ser considerado um período de vulnerabilidade para a mulher e que o cuidado de enfermagem no puerpério envolve muito mais os aspectos psicossociais do que os biológicos.

ABSTRACT

Objective: To identify nursing diagnoses in puerperal women registered in a Basic Health Unit through the International Classification for Nursing Practice.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out with 12 puerperal women in a Basic Health Unit.

Results: The most frequent diagnoses identified were: Ability to perform impaired leisure activity (83.3%); Low self-esteem (50%); Impaired sleep (50%); Sleep deprivation (50%) and Pain (50%).

Conclusion: Leisure is highlighted as the main affected need and the capacity to perform impaired leisure activity as the most frequent diagnosis. We conclude that the puerperium can be considered a period of vulnerability for women and that nursing care in the puerperium involves psychosocial aspects more than biological ones.

RESUMEN

Objetivo: Identificar diagnósticos de enfermería en mujeres puerperales registradas en una Unidad Básica de Salud a través de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería.

Métodos: Estudio transversal descriptivo, con enfoque cuantitativo, realizado con 12 mujeres puerperales en una Unidad Básica de Salud.

Resultados: Los diagnósticos más frecuentes identificados fueron: capacidad para realizar actividades de ocio deterioradas (83,3%); Baja autoestima (50%); Problemas de sueño (50%); Privación del sueño (50%) y Dolor (50%).

Conclusión: El ocio se destaca como la principal necesidad afectada y la capacidad para realizar actividades de ocio deterioradas como el diagnóstico más frecuente. Se concluye que el puerperio puede considerarse un período de vulnerabilidad para las mujeres y que la atención de enfermería en el puerperio involucra aspectos psicossociales más que biológicos.

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

²Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Como citar:

Silva LL, Jordão RR, Mendes RC, Holanda VR, Perrelli JG, Manguiera SO. Diagnósticos de enfermagem da CIPE® identificados em puérperas na Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(3):520-5.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4272

INTRODUÇÃO

O puerpério inicia-se nas primeiras horas após o parto e o seu término é imprevisível, uma vez que esse período não se limita às alterações físicas experimentadas pelas mulheres, mas sim ao tempo que cada mulher necessita para se adaptar às questões intrínsecas à maternidade. Pode ser classificado como imediato (1º ao 10º dia pós-parto); tardio (entre o 11º e 42º dia); e remoto (após o 42º dia).^(1,2)

O período pós-parto também é caracterizado por mudanças fisiológicas que ocorrem no organismo feminino, tais como: aumento das mamas decorrente do processo de lactação, involução uterina e loquiação, cujas finalidades é restabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica.^(3,4) Ademais, esse período demanda cuidados diários relacionados à nutrição, à higiene e ao sono. Contudo, o desempenho das atribuições maternas exige muita dedicação e, por esse motivo, muitas mulheres podem negligenciar o autocuidado.^(5,6)

No âmbito familiar, por exemplo, as puérperas podem experimentar mudanças nos papéis familiares, maior necessidade de acessar sua rede de apoio e dificuldades com a amamentação exclusiva. Assim, a complexidade dos eventos vivenciados no pós-parto pode interferir na rotina da mulher, em seus hábitos de vida e nas relações sociais e, portanto, podem comprometer a sua saúde física e mental.^(7,8)

Diante disso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve assumir a continuidade dos cuidados à saúde da mulher no período pós-parto. Os profissionais de saúde da Atenção Básica devem realizar visitas domiciliares às puérperas cadastradas nas unidades de saúde, as quais são fundamentais para identificar as reais necessidades dessa população, reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, diminuir riscos de complicações pós-parto e proporcionar maior vínculo entre os profissionais e a família.⁽⁹⁾

Dentre os profissionais de saúde, destaca-se o enfermeiro que deve observar todas as modificações e estar atento às necessidades particulares de cada mulher. Por meio da consulta de enfermagem, o profissional poderá obter dados e ter uma visão holística sobre o estado de saúde, a rede social de apoio e o comportamento cultural e familiar de tais mulheres.^(8,9)

Para tanto, o enfermeiro deve lançar mão do Processo de Enfermagem (PE), que consiste no método científico da profissão, executado em cinco passos distintos, a saber: levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação das intervenções e avaliação dos resultados.^(7,9)

No PE, destaca-se a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), a qual oferece subsídios para a construção

de um plano de intervenções, viabilizando as ações de enfermagem no puerpério. O reconhecimento do DE permite que o enfermeiro verifique os principais problemas de saúde das mulheres e as situações de risco, bem como auxilie na elaboração de estratégias de educação em saúde.⁽⁹⁾

Os DE podem ser identificados por meio do sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)® e a Teoria das Necessidades Humanas de Maslow, a qual Wanda Horta se apropriou para desenvolver o Processo de Enfermagem (PE), pode fundamentar a identificação dos DE em puérperas.^(3,10)

Logo, diante das alterações que ocorrem no período puerperal e da indispensabilidade do cuidado do enfermeiro, se fez necessária a realização deste estudo, uma vez que a identificação dos DE mais frequentes nas puérperas auxiliará na operacionalização do PE, com a finalidade de favorecer uma assistência holística e individualizada, bem como contribuirá para a identificação das prioridades, suscitando temáticas que devem ser abordadas nas ações de educação em saúde e nas pesquisas acerca das intervenções de enfermagem. Além disso, este estudo aponta para a necessidade de uma reflexão sobre o cuidado do enfermeiro no período pós-parto e sobre o planejamento da sua assistência.

Ressalta-se que a abordagem da literatura acerca dos DE identificados em puérperas no contexto da Atenção Primária à Saúde é escassa, pois o foco maior dos estudos com esse público encontra-se no âmbito hospitalar e/ou ambulatorial.^(1,5,9)

Destarte, o estudo tem por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em puérperas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde por meio da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)®.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa.

Foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do agreste pernambucano.

A população alvo foi constituída por puérperas cadastradas na UBS, com amostra do tipo censitária composta por 26 puérperas. Entretanto, 12 atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa. Foram incluídas puérperas atendidas na UBS, provenientes de áreas cobertas ou descobertas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os critérios de exclusão foram: puérperas menores de 18 anos e que mudaram de endereço durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2018. Para isso, foi utilizado o Instrumento de Consulta

de Enfermagem à Puérpera, o qual aborda itens demográficos do cliente, do cuidado de enfermagem e do serviço. Esse instrumento foi oriundo de outro estudo⁷ e fundamenta-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, a qual Wanda Horta se apropriou para desenvolver o PE¹⁰.

Acrescenta-se que o instrumento foi construído por meio dos DE e intervenções de enfermagem da versão da CIPE® (versão 2.0 do ano de 2011)⁽¹¹⁾ e foi validado,⁽⁷⁾ por meio da técnica Delphi, por enfermeiros que atuam na assistência à puérpera, os quais concordaram se o conteúdo era válido ou não. Nesta validação, considerou-se o índice mínimo do nível de concordância de 70%.

Salienta-se que esse instrumento foi adaptado para este estudo. Embora a versão 2.0 da CIPE® tenha sido utilizada para a construção do instrumento de coleta de dados em estudo anterior,⁽⁷⁾ para esta pesquisa foi realizada a atualização das nomenclaturas dos DE, quando necessário, considerando a versão mais atual da taxonomia (ano 2019).⁽¹²⁾

Os dados foram coletados após o consentimento das participantes e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi realizada na UBS, quando a puérpera ia à consulta de puericultura e/ou vacinação, ou por meio de visita domiciliar, nos dias que a enfermeira da UBS realizava a visita àquelas que não podiam ir à UBS. Destaca-se que a consulta de enfermagem foi realizada por meio da anamnese, do exame físico na puérpera e do preenchimento do instrumento de coleta de dados, a fim de identificar os DE.

Salienta-se que para a inferência diagnóstica, foi utilizado o modelo de Gordon em quatro etapas:⁽¹³⁾ 1. Coleta de informações – por meio da anamnese e exame físico; 2. Interpretação das informações – por meio do raciocínio e julgamento clínico; 3. Agrupamento das informações – por meio da definição da categoria diagnóstica; e 4. Denominação do agrupamento – por meio da denominação do problema de saúde. Posteriormente, os DE identificados foram submetidos à análise de três enfermeiras doutoras, com expertise na área de saúde materna-infantil e em DE.

Os DE, os dados sociodemográficos e obstétricos das puérperas, bem como as Necessidades Humanas Básicas afetadas nas puérperas foram identificados por meio do instrumento supracitado.⁽⁷⁾

Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha do *software Excel*, e analisado por meio do programa SPSS 21.0, em que foram observados as médias e o desvio padrão das variáveis quantitativas (idade, escolaridade, número de filhos, dias de pós-parto, número de gestação e

número de partos); e as frequências das variáveis nominais (diagnósticos de enfermagem e as necessidades afetadas).

A pesquisa atendeu os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o CAAE: 71250017.7.0000.5208.

RESULTADOS

As puérperas que participaram desta pesquisa estavam em média no 24º dia pós-parto. Os dados socioeconômicos das participantes revelam que a média da idade das puérperas foi de 27,92 anos e a média de anos de estudo foi de 12,08. Além disso, observa-se que, em relação aos dados obstétricos, a média de número de filhos foi de 1,92; e a média da quantidade de gestações e partos foi de 1,92 e 1,83, respectivamente. No que se refere às Necessidades Humanas Básicas afetadas nas puérperas, as necessidades biopsicossociais que mais se destacaram foram: lazer (83,3%), eliminação (66,6%) e integridade cutâneo-mucosa (58,3%). Foram identificados 27 Diagnósticos de Enfermagem que constam no instrumento de consulta de enfermagem à puérpera, adaptado por meio da versão da CIPE do ano 2019¹². Dentre os diagnósticos levantados, predominaram: Capacidade para Executar Atividade de Lazer Prejudicada (83,3%); Constipação (66,60%); Baixa autoestima (50%); Sono prejudicado (50%); Privação do sono (50%); Dor (50%); e Medo (41,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Diagnósticos de Enfermagem em Puérperas

Diagnóstico de enfermagem	n(%)
Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada	10(83,30)
Constipação	8(66,60)
Integridade tissular prejudicada	7(58,30)
Baixa autoestima	6(50,00)
Sono prejudicado	6(50,00)
Privação do sono	6(50,00)
Dor	6(50,00)
Medo	5(41,60)
Ansiedade	4(33,30)
Retenção urinária	3(25,00)
Risco de hemorragia	3(25,00)
Pressão arterial alterada	2(16,60)
Alimentação, por si próprio, prejudicada	2(16,60)
Fadiga	2(16,60)
Agitação	2(16,60)
Falta de conhecimento sobre amamentação	2(16,60)
Manutenção da saúde prejudicada	2(16,60)
Tosse	2(16,60)
Sobrepeso	2(16,60)
Família capaz de participar do planejamento do cuidado	2(16,60)
Insônia	1(8,30)
Falta de conhecimento sobre cuidados com bebê	1(8,30)
Falta de conhecimento sobre contracepção	1(8,30)
Sistema circulatório prejudicado	1(8,30)
Falta de conhecimento sobre parentalidade	1(8,30)
Respiração prejudicada	1(8,30)
Contrações uterinas alteradas	1(8,30)

DISCUSSÃO

A média de dias do pós-parto foi de 24 dias, o que permite classificar a maioria das participantes no puerpério tardio, o qual corresponde ao período entre o 11º e 42º dia.⁽¹⁴⁾ Além disso, em relação ao número de filhos, os resultados apresentados na amostra correspondem à tendência da população em geral, que apresentou média de 1,9 filhos por mulher, segundo dados do Censo Demográfico de 2010.⁽¹⁵⁾ Com isso, destaca-se que a quantidade de filhos pode interferir no autocuidado da puérpera, uma vez que pode haver uma maior demanda de cuidados com os filhos, gerando sobrecarga nesse período.⁽¹⁶⁾

O DE identificado nas puérperas “Capacidade para Executar Atividade de Lazer Prejudicada” foi o mais frequente (83,3%). Segundo estudos,^(16,17) esse achado relaciona-se à grande demanda de atividades da mulher, que agora como figura de mãe precisa se adaptar às mudanças do novo modo de vida, bem como à renda familiar, à violência urbana e ao isolamento social. Dessa forma, a mulher pode não realizar atividades para o próprio bem-estar e lazer.⁽¹⁷⁾

Salienta-se que, ao se tornar mãe, a mulher deixa suas atividades de recreação e/ou lazer para cuidar da criança, o que ocasiona uma demanda psicológica e certa instabilidade emocional. Esse dado corrobora o estudo que foi realizado em 2018 com puérperas, o qual trouxe que essa ausência de atividades é comum em mulheres após o parto.⁽¹⁸⁾

O DE Constipação também foi frequente na maioria das puérperas (66,60%), o que corrobora outros estudos^(16,17) que encontraram que a constipação é um fenômeno comum no período puerperal e pode estar relacionada a diversos fatores, tais como: via de parto, alimentação e deambulação. Em cirurgias cesarianas, por exemplo, as mulheres encontram-se submetidas aos efeitos anestésicos, estresse, injúria tecidual e restrição de dieta. Em decorrência desse procedimento, as puérperas necessitam de maior tempo de repouso, o que dificulta a deambulação e a ingestão suficiente de fibras e líquidos e ocasiona a dificuldade em evacuar.⁽¹⁸⁾

Também foi identificado o DE Integridade tissular prejudicada em 58,30% das puérperas, o qual pode estar relacionado principalmente com a incisão da cesariana e dificuldades na amamentação, conforme identificado em outros estudos.^(9,16) Esse achado corrobora o estudo que identificou um percentual de 53,20% puérperas que tinham esse DE.⁽¹⁸⁾

O DE baixa autoestima esteve presente em 50,00% das mulheres e pode estar relacionado às modificações evolutivas para retorno do estado pré-gravídico. Segundo um estudo realizado com puérperas,⁽¹⁷⁾ outros fatores que

podem agravar a baixa autoestima são: as frustrações relacionadas à maternidade, a falta de apoio social e familiar, bem como o distúrbio de imagem corporal, já que a mulher está passando por alterações involutivas e por alterações fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal.

Outros DE identificados foram Sono prejudicado e Privação do sono, os quais refletem as modificações decorrentes da maternidade, precisando a puérpera adaptar-se ao novo membro da família e ao novo modo de vida. Além disso, sabe-se que o sono é uma necessidade que é alterada no puerpério.^(16,17) Neste estudo, foram identificados esses DE em 50,00% das puérperas. Esses dados se assemelham ao resultado de um estudo que mostrou que 56,10% das puérperas têm dificuldades para dormir ou para pegar no sono.⁽¹⁸⁾

Acrescenta-se que este achado corrobora os resultados de outro estudo realizado com puérperas em uma maternidade⁹, o qual encontrou o DE Sono prejudicado em 56,70% das puérperas, destacando a importância dos cuidados de enfermagem com vista a minimizar as consequências referentes ao sono, como o cansaço diurno e o déficit de atenção. Já o DE privação do sono estava relacionado à sobrecarga de cuidados, rede de apoio ineficaz e às demandas decorrentes do puerpério, conforme também verificado por outros estudos.^(17,18)

A Dor é um dos DE mais comum em mulheres que tiveram cesáreas do que aquelas que tiveram parto vaginal. É considerada como uma experiência negativa e está relacionada a lesões ou danos nos tecidos. Outros fatores que influenciam são: as modificações fisiológicas decorrentes do parto e da episiotomia. No parto vaginal, a dor é mais comum na região perineal, enquanto que a dor no baixo ventre e na cicatriz cirúrgica é comum após a cesariana.⁽¹⁹⁻²¹⁾ Neste estudo, esse DE foi observado em 50,00% das puérperas. Em outro estudo, sobre a dor no puerpério imediato, observou-se também que as dores podem ser decorrentes da constipação, da anestesia, do reflexo útero-mamário e das lesões nos mamilos.⁽²²⁾

O DE Falta de conhecimento, sobretudo relacionado ao aleitamento materno, esteve presente em 16,60% das puérperas, o que mostra que poucas mulheres têm dúvidas sobre a amamentação.⁽⁹⁾ De acordo com um estudo realizado no período pós-parto, 25,00% das puérperas têm esse DE devido à pega inadequada; 26,10% devido à resposta do bebê ao contato com a mama e 28,30% devido às lesões ou dor na mama.⁽²³⁾

Outro diagnóstico relacionado ao aspecto psicossocial foi o DE Medo, que esteve presente em 41,60% das puérperas e estava relacionado principalmente à falta de

familiaridade com a maternidade. Esse achado corrobora o estudo realizado sobre a percepção das puérperas sobre seu período pós-parto, revelando que a falta de experiência ocasiona o medo de amamentar, de cuidar do recém-nascido, de dar banho e machucar o coto umbilical, o que ocasiona a insegurança.⁽²⁴⁾

Destaca-se que o medo está presente principalmente nas primíparas, já que as puérperas múltíparas costumam relatar que se sentem mais preparadas e seguras em relação ao cuidado com o recém-nascido.⁽²⁴⁾

Portanto, diante dos DE identificados, considera-se o puerpério como um período de vulnerabilidade e de intercorrências físicas e/ou emocionais na mulher. Dentre os elementos utilizados no processo de cuidar, destaca-se o DE que representa as necessidades ou os problemas das puérperas, as quais necessitam de intervenções de enfermagem que visem à involução das alterações orgânicas.

A limitação deste estudo consistiu no reduzido número da amostra, decorrente da dificuldade de encontrar puérperas na UBS e nos endereços cadastrados. Por isso, recomenda-se a realização de outros estudos com uma amostra maior para melhor análise dos dados e generalização dos resultados.

Compreende-se que, com a aplicação do instrumento utilizado, puderam-se identificar os DE mais comuns nas puérperas, sendo esses diagnósticos voltados às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, o que contribui para a implementação das intervenções de enfermagem.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento desse estudo possibilitou identificar os principais DE de puérperas no contexto da Atenção Primária à Saúde, são eles: Capacidade para Executar Atividade de Lazer Prejudicada; Constipação; Integridade tissular prejudicada; Baixa autoestima; Sono prejudicado; Privação do

sono e Dor. Esses diagnósticos expressam os eventos que as mulheres vivenciam no puerpério. Destaca-se o lazer como principal necessidade afetada e a Capacidade para Executar Atividade de Lazer Prejudicada como o diagnóstico mais frequente. Esse achado permite considerar o puerpério como um período de vulnerabilidade para a mulher, com implicações para necessidades tanto biológicas quanto psicossociais. A maioria dos diagnósticos identificados é voltada às necessidades psicobiológicas devido às alterações orgânicas no ciclo gravídico-puerperal. Contudo, as necessidades psicossociais que também foram evidenciadas não devem ser negligenciadas pelo enfermeiro. Cabe ressaltar a necessidade de implementação efetiva da consulta de enfermagem nas UBS para identificar os diagnósticos de enfermagem e, assim, poder realizar as intervenções necessárias para a melhora da qualidade de vida das puérperas, proporcionando um cuidado individualizado. Diante disso, este estudo contribui para ampliar o conhecimento sobre os diagnósticos mais frequentes no puerpério, com vistas a uma assistência mais qualificada e direcionada a essa população. Ademais, este estudo revela que o cuidado de enfermagem no puerpério envolve muito mais os aspectos psicossociais do que os biológicos. Assim, o apoio para que a mulher vivencie esse período sem culpa e sem sobrecarga torna-se fundamental dentre as intervenções de enfermagem. A identificação dessas necessidades e das adequadas intervenções só é possível quando o enfermeiro desenvolve o cuidado a partir da SAE e do PE.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: LLSBS, SOM. Coleta, análise e interpretação dos dados: LLSBS, SOM. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: RRRJ, RCMGM, VRH, JGAP, SOM. Aprovação da versão final a ser publicada: LLSBS, RRRJ, RCMGM, VRH, JGAP, SOM.

REFERÊNCIAS

1. Gomes GF, Santos AP. Assistência de enfermagem no puerpério. *Rev Enferm Contemp*. 2017;6(2):211-20.
2. Zhu H, Feng Y, Zeng S, Zhong Q, Jing PU, Jinyun YU, et al. Structural equation modeling analysis of the quality of life s influencing factors among puerperal women. *Chin J Pract Nurs*. 2017;33(15):1135-8.
3. Olegário WK, Fernandes LT, Medeiros CM. Validação de resultados de enfermagem da CIPE® para a assistência à pacientes no período pós-parto. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(4):3507-16.
4. Gamel W, Genedy A, Hassan H. Impact of puerperal sepsis self-care nursing guideline on women's knowledge and practices. *Am J Nurs Res*. 2020;8(2):132-41.
5. Corrêa MS, Feliciano KV, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00136215.
6. Saéz ZA, Martínez EM, Castaño CD, Ferrer MB. Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon. *Enferm Glob*. 2019;18(1):183-99.
7. Mazzo MH, Brito RS. Nursing instrument to attend mothers who recently gave birth in primary health care. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):294-303.
8. Salem MN, Thabet MN, Fouly H, Abbas AM. Factors affecting the occurrence of postpartum depression among puerperal women in Sohag city, Egypt. *Proc Obstet Gynecol*. 2017;7(1):1-10.

9. Vanetti JP, Oliveira TC, Almeida JM. Identificação de diagnósticos de enfermagem em alojamento conjunto da maternidade de um hospital terciário. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2017;19(4):183-8.
10. Paulo LG, Oliveira AK, Lima PR, Luz AM, Moura PL, Oliveira PR, et al. Aplicação do processo de enfermagem em uma puérpera com complicações durante o parto: relato de experiência. *Braz Ap Sci Rev*. 2020;4(2):547-60.
11. CIE. CIPE® versão 2.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/Comitê Internacional de Enfermeiros. Marin HF (Trad). São Paulo: Algor; 2011.
12. CIE. CIPE®. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/Comitê Internacional de [Internet]. 2019 [cited 18 Sept 2020]. Available from: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
13. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. St Louis: Mosby; 1994.
14. Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(1):39-47.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Vamos conhecer o Brasil [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2010 [citado 18 Set 2020]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidade_migracao_amostra.pdf
16. Barbosa EM, Oliveira AS, Galiza DD, Barros VL, Aguiar VF, Marques MB. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. *Rev Rene*. 2017;18(2):227-33.
17. Rogerio MC, Silva LD, Canario MA, Ferrari RA. Orientações para puérperas sobre cuidados neonatais no alojamento conjunto em maternidades de risco habitual. *Enferm Foco*. 2020;11(1):69-74.
18. Poles MM, Carvalheira AP, Carvalhaes MA, Parada CM. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(4):351-8.
19. Santos PL, Rett MT, Lotti RC, Moccellini AS, Santana JM. Does delivery way interfere on daily activities in the immediate puerperium?. *Conscientiae Saúde*. 2016;5(4):604-11.
20. Aloise SR, Ferreira AA, Lima RF. Depressão pós-parto: identificação de sinais, sintomas e fatores associados em maternidade de referência em Manaus. *Enferm Foco*. 2019;10(3):40-5.
21. Imarengiaye CO, Akhideno I, Omoifo EC. Characteristics of postpartum pain associated with vaginal and caesarean births. *West Afr J Med*. 2014;33(1):3-6.
22. Figueiredo JV, Fialho AV, Mendonça GM, Rodrigues DP, Silva LF. A dor no puerpério imediato: contribuição do cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1424-31.
23. Barbosa GE, Silva VB, Pereira JM, Soares MS, Medeiros Filho RD, Pereira LB, et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(3):265-72.
24. Mazzo MH, Brito RS, Silva IC, Feitosa MM, Lima MS, Silva EC. Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. *Inv Enferm Imagen y Desarrollo*. 2018;20(2):1-10.

ADESÃO DE MULHERES E ACOMPANHANTES PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE GESTANTE E CASAIS GRÁVIDOS

ADHERENCE OF FEMALE PARTICIPANTS AND THEIR COMPANIONS IN A GROUP OF PREGNANT WOMEN AND PREGNANT COUPLES

ADHERENCIA DE MUJERES Y ACOMPAÑANTES QUE PARTICIPAN EN UN GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS Y PAREJAS EMBARAZADAS

Margarete Maria de Lima¹ (<https://orcid.org/0000-0003-2214-3072>)

Franciny Vieira Agostinho¹ (<https://orcid.org/0000-0001-5314-3062>)

Luana Santos Souza¹ (<https://orcid.org/0000-0003-4329-5876>)

Roberta Costa¹ (<https://orcid.org/0000-0001-6816-2047>)

Maria de Fátima Mota Zampieri¹ (<https://orcid.org/0000-0003-0491-1787>)

Zaira de Oliveira Custódio¹ (<https://orcid.org/0000-0001-8832-4090>)

Ariane Thaise Frello Roque¹ (<https://orcid.org/0000-0001-8637-0325>)

Descritores

Gestantes; Educação em saúde; Enfermagem; Promoção da saúde

Descriptors

Pregnant women; Health education; Nursing; Health promotion

Descriptores

Mujeres embarazadas; Educación en salud; Enfermería; Promoción de la salud

Recebido

4 de Agosto de 2020

Aceito

4 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, Fatores que influenciam na participação de mulheres em um grupo de gestantes e casais grávidos, 2017, Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

Autor correspondente

Margarete Maria de Lima
E-mail Margarete.lima@ufsc.br

RESUMO

Objetivo: Conhecer os principais fatores que interferem na adesão de gestantes, puérperas e seus acompanhantes em um grupo de gestantes e casais grávidos e identificar estratégias que possam incentivar a participação no grupo.

Métodos: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Realizado nos meses de abril e maio de 2017 por meio de questionário individual e semiestruturado com 18 mulheres. Os dados foram analisados qualitativamente conforme proposta operativa de Minayo.

Resultados: O estudo identificou que os principais motivos de faltas no grupo ocorrem devido a aula ou trabalho, desconforto causado pelo avanço da gravidez, doença ou consulta médica e o fato do bebê ter nascido antes de terminar os encontros. E ainda apontou a necessidade de encontrar estratégias que possam potencializar a participação das gestantes no grupo, como a flexibilização dos horários.

Conclusão: Embora as mulheres tenham identificado fatores que interferem em sua adesão ao grupo, este contribui significativamente para a vivência da gestação, parto e nascimento. A flexibilização de horários e descentralização das atividades são estratégias que potencializam a participação nas atividades.

ABSTRACT

Objective: To know the main reasons that interfere in the adherence of pregnant women, mothers and their companion to the group of pregnant women and pregnant couples, and to identify strategies that can encourage participation in the group.

Methods: Qualitative, descriptive and exploratory study. Data collection was performed in April and May 2017, through individual and semi-structured questionnaires with 18 women. The data were analyzed qualitatively according to Minayo's operative proposal.

Results: The study identified that the main reasons for not attending to the group are class or work, discomfort caused by pregnancy, illness or medical consultation and the fact that the baby was born before the end of the meetings. Also, it pointed out the need to find strategies that can enhance the participation of pregnant women in the group, such as flexible hours.

Conclusion: Although women have identified factors that interfere with their adherence to the group, it contributes significantly to the experience of pregnancy, childbirth and birth. Flexibility in schedules and decentralization of activities are strategies that would enhance participation in activities.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las principales razones que interfieren en la adhesión de mujeres embarazadas, madres y sus acompañantes al grupo de mujeres embarazadas y parejas embarazadas, e investigar estrategias que puedan alentar a las mujeres a asistir al grupo.

Métodos: Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Realizado en abril y mayo de 2017 a través de cuestionario individual y semiestructurado con 18 mujeres. Los datos fueron analizados cualitativamente de acuerdo con la propuesta operativa de Minayo.

Resultados: El estudio identificó que las principales razones para perder el grupo se deben a la clase o al trabajo, las molestias causadas por el embarazo, la enfermedad o la consulta médica y el hecho de que el bebé nació antes del final de las reuniones. Además, señaló la necesidad de encontrar estrategias que puedan mejorar la participación de mujeres embarazadas en el grupo, como horarios flexibles.

Conclusión: Aunque las mujeres han identificado factores que interfieren con su adhesión al grupo, esto contribuye significativamente a la experiencia del embarazo, el parto y el parto. La flexibilidad en los horarios y la descentralización de las actividades son estrategias que mejorarían la participación en las actividades.

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

Como citar:

Lima MM, Agostinho FV, Souza LS, Costa R, Zampieri MF, Custódio ZO, et al. Adesão de mulheres e acompanhantes participantes de um grupo de gestante e casais grávidos. *Enferm Foco*. 2021;12(3):526-32.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4273

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal ofertada à gestante tem influência direta no nascimento de um recém-nascido saudável⁽¹⁻³⁾ e na recuperação plena da mulher. Quando o pré-natal é bem acompanhado, e com realização de atividades educativas, o risco de desfecho como baixo peso ao nascer e prematuridade é bem reduzido,⁽³⁾ a saúde materna é assegurada e a vivência da maternidade é mais tranquila.

A participação em grupos educativos, sobretudo no Grupo de Gestantes e ou Casais Grávidos gera benefícios aos envolvidos no processo de nascimento. As trocas de experiências, o conhecimento adquirido e a possibilidade de expressar medos, quebrar tabus, sanar dúvidas e superar dificuldades geram repercussões positivas no parto e puerpério.⁽³⁾ Os serviços de saúde e seus profissionais têm como premissa acolher a mulher com dignidade e humanização, considerando-a sujeito atuante e singular, base do processo de cuidar, de modo a possibilitar o estabelecimento de vínculos solidários e responsáveis, respeitando os direitos como usuária.⁽¹⁾ Ações educativas possibilitam o empoderamento da mulher e a saúde integral dela e de seu filho, qualificam e humanizam a atenção pré-natal e puerperal.⁽³⁾

Desenvolver atividades educativas coletivas de promoção à saúde, como o grupo de gestantes, fortalecem a importância do acompanhamento e da adesão ao pré-natal, além de auxiliar na compreensão do processo gestacional, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido, propiciando um pré-natal mais completo e humanizado.⁽⁴⁾

Atualmente, devido a diversos fatores, as consultas de pré-natal tornaram-se mais rápidas e tecnicistas, cada vez mais fragmentadas e sem abranger o conhecimento prévio da gestante, desconsiderando suas necessidades específicas e tornando o acompanhamento e assistência à mulher incompletos.⁽⁵⁾

Para preencher essa lacuna, os grupos de gestantes são recursos valiosos às gestantes e suas famílias, sendo este um espaço de socialização, troca de conhecimentos e compartilhamento de sentimentos e experiências, formando uma nova rede de apoio a esta família, e gerando um sentimento de pertencimento, estimulando a autonomia da mulher e seu empoderamento na tomada de decisões.⁽⁶⁾

O grupo de gestantes e casais grávidos, fundado em 1996 é uma atividade educativa, gratuita e interdisciplinar que fortalece a vivência do ciclo gravídico e puerperal envolvendo os aspectos psicológicos, emocionais e socioculturais, agregando conhecimentos e fortalecendo o processo de tomada de decisão ancorado em evidências. Em sua dinâmica de atividades se estrutura em metodologias e

temáticas que favorecem a educação em saúde de acordo com as necessidades da comunidade.⁽⁷⁾ Por essa ser uma experiência consolidada, abordar a temática da adesão das mulheres no grupo trará resultados que podem auxiliar a equipe de saúde a buscar estratégias que estimulem e facilitem ainda mais a participação de gestantes e acompanhantes nas atividades propostas.

Neste contexto, a pesquisa torna-se relevante tendo em vista a lacuna na produção de conhecimentos referente a temática, a dificuldade de criação e manutenção dos grupos, bem como, a importância de se mapear os fatores que podem interferir na participação de mulheres e seus acompanhantes.

Assim, este estudo objetiva conhecer os fatores que interferem na adesão de gestantes, puérperas e seus acompanhantes em um grupo de gestantes e casais grávidos e identificar estratégias que possam incentivar a participação no grupo.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.

O estudo foi realizado no grupo de gestantes e casais grávidos de uma Universidade Pública do Sul do Brasil. O grupo é uma atividade de extensão desenvolvida há mais de 20 anos por docentes do Departamento de Enfermagem em parceria com uma psicóloga do hospital Universitário. Tem por objetivos socializar conhecimentos e experiências sobre o ciclo grávido-puerperal, estimulando a expressão de sentimentos, dúvidas e medos das gestantes e acompanhantes, além de propiciar ensino e pesquisa⁷⁻⁸. São realizados oito encontros divididos em momentos de atividade de consciência corporal, lanche coletivo e discussão de temáticas relacionadas à gravidez, amamentação, parto, pós-parto, cuidados com recém-nascidos. No último encontro ocorreu a visita à maternidade do Hospital Universitário e amigo secreto de barriga. Agenda-se um reencontro de pais e bebês para aproximadamente 30 dias após a data provável do parto da última gestante do grupo a parir. Cria-se um grupo de comunicação via aplicativo de mensagens, onde as mulheres podem trocar informações e esclarecer dúvidas.

Participaram da pesquisa 18 mulheres inscritas no projeto de extensão em 2015 e 2016. Como critério de inclusão elegeu-se: mulheres maiores de 18 anos que faltaram a dois ou mais encontros do total de oito previstos. Foram excluídas mulheres com frequência superior a 75% nos encontros.

O total de participantes no período entre 2015 e 2016 foi de 172 participantes. Destas, 96 faltaram a dois ou mais

encontros. Foram enviados 94 e-mails a estas mulheres, pois dois e-mails estavam incorretos. Estas mulheres também foram contatadas por mensagens individuais via *WhatsApp* para que verificassem seus e-mails e analisassem a possibilidade de participar da pesquisa.

Os dados foram coletados no mês de abril e maio de 2017 através de questionário individual enviado por e-mail pela pesquisadora principal, com perguntas contendo dados sociodemográficos, antecedentes obstétricos e perguntas sobre faltas das gestantes no grupo, sobre medidas que a gestante poderiam ter adotado para evitar a ausência e medidas que os profissionais que conduzem as atividades poderiam adotar para que elas não faltassem. As participantes tinham sete dias para responder o questionário e quando não retornavam após esse período a pesquisadora fazia novo contato por e-mail. A pesquisadora principal ficou disponível para sanar dúvidas durante a coleta de dados.

Os dados provenientes do questionário foram analisados de acordo com a proposta operativa de Minayo⁹. Na pré-análise os questionários foram lidos na íntegra, organizados em um quadro em editor de texto e as respostas das mulheres foram separadas por cores que representavam as semelhanças das falas, nesta etapa identificou-se que as respostas não apresentaram novas informações caracterizando a saturação de dados. Na etapa de exploração do material a busca por categorias foi embasada em palavras e expressões significativas no conteúdo das respostas. No tratamento dos resultados obtidos e interpretação foi possível identificar os fatores que interferem na adesão ao grupo.

Foram respeitados os aspectos éticos segundo a Resolução 466/12 de 12/06/2012. As participantes foram denominadas de G (gestantes), seguido pelo número de 1 a 18, referente a ordem alfabética do primeiro nome. Este estudo é integrante do Macroprojeto intitulado "20 anos do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos: trajetória histórica, perfil, impacto, percepções e contribuições para os envolvidos", aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer n. 2.051.643.

RESULTADOS

As participantes do estudo possuíam a faixa etária entre 25 e 38 anos, predominando a religião católica. A grande maioria residia na capital, local de realização do grupo de gestantes e casais grávidos, três mulheres eram residentes de cidades vizinhas e uma mulher residia a 72,4 km da capital. O estado civil variou em sua maioria entre casadas e união estável, tendo somente uma mulher solteira. A

maioria das mulheres possui nível superior, algumas com mestrado e doutorado. A partir da análise dos dados, foram originadas quatro categorias: Motivos das gestantes faltarem alguns encontros do grupo; Ações que potencializam a participação das gestantes no grupo; Estratégias a serem adotadas pela equipe para aumentar a adesão das gestantes no grupo e fortalezas do grupo que favorecem a adesão nos encontros.

Motivos das gestantes faltarem alguns encontros do grupo

Os motivos elencados pelas mulheres à faltarem no Grupo de Gestantes foram: aula ou trabalho, os mais frequentes, seguido de desconforto da gravidez, doença ou consulta médica e nascimento precoce do bebê.

[...] Mesmo horário de aulas do mestrado. (G1)

[...] O motivo principal é o desconforto devido ao estágio final da gravidez. (G2)

[...] Eu ganhei meu filho na metade do curso. (G3)

[...] O curso acontecia uma vez por semana, em uma tarde inteira, e isso dificultava no meu emprego, principalmente. (G10)

[...] Faltei nos dois últimos encontros porque estava gripada e não queria comprometer a saúde das minhas colegas. (G11)

Ações que potencializam a participação das gestantes no grupo

Dentre as mulheres que responderam à pesquisa, três delas citaram que poderiam ter trocado o horário das aulas ou trabalho para participar com maior frequência nos encontros do grupo de gestantes e casais grávidos. As demais sinalizaram que não haveria possibilidade de realizar outras ações que as permitissem participar mais das reuniões do grupo, pois o impedimento era devido ao trabalho e a não conformidade de dispensa.

[...] Cancelar disciplina do mestrado. (G1)

[...] Trocado datas das aulas com outros professores. (G5)

[...] Trocar de horário no serviço. (G14)

[...] Não vejo como poderia ter participado mais, pois era dispensada em meu horário de trabalho para participar do grupo e compensava os horários em outros momentos, mas quando não era possível me dispensar eu tinha que faltar. (G9)

[...] Como eu não queria ter faltado, considero que poderia ter me cuidado melhor na gestação, no

momento, não me lembro se me descuidei de minha saúde ou se tive contato com alguém com gripe. (G11)

Estratégias a serem adotadas pela equipe para aumentar a adesão das gestantes no grupo

As participantes responderam que deveria ser administrado melhor o tempo da duração dos encontros, a troca de horário das atividades, bem como a criação de grupos em outras regiões, pois a distância e trânsito da cidade atrapalharam a sua locomoção ao Grupo.

Observou-se também a sugestão de fornecer material didático, visto que são repassadas inúmeras informações nos encontros.

[...] Trocar horário do grupo. (G1)

[...] Uma das ações seria administrar melhor o tempo de curso [...] (G2)

[...] Talvez pensar num horário alternativo como sábados, por exemplo. Assim, mais casais poderiam participar [...] (G9)

[...] Ter outros horários disponíveis. (G14)

[...] Creio que no sentido de expandir mais grupos em todas as regiões. (G15)

[...] Apostilamento. (G17)

Potenciais do grupo de gestantes que favorecem a adesão nos encontros

Embora o grupo não tenha 100% de adesão, foi observado nas falas que a atividade educativa contribuiu de forma significativa para o gestar, parir e pós-parto dessas mulheres. Relataram que por ter uma gestação não planejada e/ou não ter familiares na cidade, o grupo deu um suporte para que o casal ficasse mais consciente e tranquilo.

[...] Como minha gestação não foi planejada e não tenho familiares na cidade, o grupo foi de fundamental importância, tanto para mim como para meu esposo. Fiz amizades que cultivo até hoje. Tive um parto natural graças às orientações do grupo e da obstetra que pensa igual e indicou o curso, que me deixou tranquila e confiante no meu corpo e limitações. Agradeço e sempre recomendo o grupo! (G1)

[...] Os encontros além de inúmeros conhecimentos me proporcionavam relaxamento e interação com outras participantes. Eu e meu companheiro aprendemos muita coisa juntos, mitos, verdades, exercícios os quais pude praticar ao longo da gestação. Com o grupo desenvolvi meu empoderamento, essencial para o parto/pós-parto. Eu indico o grupo para todas as gestantes

que conheço [...] Além disso, a participação rendeu muitas amizades que são importantes até hoje. (G6)

[...] através dos conhecimentos repassados eu fiquei ainda mais encantada pelo parto humanizado, e me motivei a ir em busca do meu sonhado parto natural. [...] foi um lindo parto natural de cócoras, e agradeço muito ao grupo de profissionais do Grupo [...] me deixaram mais preparada para receber minha bebê da maneira mais natural e harmoniosa possível. (G16)

Para as participantes as atividades desenvolvidas no grupo de gestantes preconizam o preparo para parto normal, deixando-as mais confiantes no seu corpo e cientes das suas limitações. Citam que ainda permanece em contato com outras participantes do mesmo grupo através do aplicativo *WhatsApp*, o que possibilita compartilhar as dúvidas e dividir as incertezas da maternidade.

[...] Manter esse contato com as participantes - hoje minhas amigas - após a gestação, à medida em que os bebês se desenvolvem, é ainda mais importante. Nenhum curso substitui a prática, e poder compartilhar as dúvidas e dividir as incertezas da maternidade me dá forças e me ajuda a seguir em frente. (G2)

*[...] a presença das outras participantes na minha vida pós-gestação foi muito importante, principalmente através do grupo de *WhatsApp*. Também destaco as atividades corporais realizadas sempre no primeiro momento dos encontros, durante o trabalho de parto muitas das recomendações abordadas nesses momentos me vinham à mente e me ajudaram muito. (G9)*

*[...] Gostei muito de ter feito parte do grupo e com certeza o grupo do *WhatsApp* foi muito importante para podermos nos fortalecer no puerpério, período que muitas de nós nos vemos sozinhas e cheias de dúvidas. (G12)*

DISCUSSÃO

As participantes revelaram os principais fatores que interferem na sua adesão ao grupo de gestantes e casais grávidos, abordando questões pessoais, relacionadas a organização do grupo e estratégias para potencializar a adesão. A dificuldade de conciliar os horários de trabalho e estudo com o horário do grupo foi um dos principais motivos apontados pelas mulheres.

Um estudo apresentou que os compromissos profissionais assumidos pelas mulheres interferem na participação nos grupos de gestantes, pois estas atividades são em sua maioria realizadas em horário comercial¹. Dentre algumas

das razões para a desistência ou não frequência ao grupo as principais são: a falta ou falha de comunicação entre equipe de saúde e gestantes, dificultando que as mesmas tenham disponibilidade de data, horário e locomoção; a possibilidade de falta de interesse nos temas abordados ou a linguagem utilizada pela (o) palestrante pode ser rebuscada ou científica demais ou até conflitos pessoais com outras participantes do grupo.^(10,11)

As atividades educativas estão dentro do rol de ações com baixa prevalência durante o pré-natal, evidenciado pela pequena parcela de mulheres com acesso a este serviço.⁽¹²⁾ A criação de um grupo de gestantes como um espaço comunitário de educação em saúde, que estimula a troca de experiência mútua requer planejamento e escolha de ações que tornem possível sua execução.⁽¹³⁾ Deste modo, para ampliar o acesso ao grupo de gestantes, as participantes do estudo destacam a necessidade de criação de horários alternativos para os grupos educativos e a expansão desse tipo de atividades para outras regiões como ações e estratégias por parte da equipe de saúde que potencializariam maior adesão ao grupo.

A flexibilidade e/ou ampliação de horários para o desenvolvimento do projeto de extensão demanda de uma reorganização na dinâmica proposta, pois o mesmo está vinculado à Universidade e submetido ao seu horário de funcionamento. A possibilidade abordada é a de disponibilização de Grupos de Gestantes em todos os Centro de Saúde da região, assim, os profissionais de saúde da Atenção Básica são agentes que podem mobilizar-se para realizar o Grupo em seus locais de atuação. Essa estratégia de mobilização tem como finalidade um aumento na adesão dos Grupos. Embora tenha-se consciência da dificuldade de completa frequência das mulheres aos encontros, essa estratégia poderia ser eficiente para a oferta de grupos educativos durante o pré-natal.

O período de pré-natal é importante pois é um momento de preparação física e psicológica para o parto e a maternidade. Desta forma, os membros da equipe de saúde devem incrementar atividades educativas de forma a complementar os cuidados necessários, abordar o desenvolvimento da gestação, aspectos biopsicossociais envolvidos e cuidados na gestação, parto e pós-parto com vistas a saúde materna e nascimento de um recém-nascido saudável.^(1,7)

Adotar uma abordagem coletiva possibilita um ambiente para a promoção da saúde pelo processo bilateral de ensino-aprendizagem, um método de investigação e intervenção incentivado para beneficiar participantes e profissionais da saúde. Ações educativas voltadas para a realidade dos envolvidos possibilitam participações mais

interativas e promovem tomadas de decisões mais conscientes, sem imposições externas, permitindo, assim, a troca de reflexões.⁽⁶⁾

O significado do grupo de gestantes para as mulheres evidencia essa ação como complementar à assistência pré-natal, propiciando uma melhor vivência da gravidez, a socialização e troca de experiências e conhecimentos entre as participantes como decorrência das reuniões do grupo. O autor também aponta que o grupo é uma ferramenta complementar que potencializa as mulheres a serem ativas durante o período gestacional, enfatizando ainda mais que a assistência pré-natal não deve ser limitada às ações clínico-obstétricas.⁽⁵⁾

É nessa configuração atual do acompanhamento à mulher e à gestante que as atividades desenvolvidas em grupo ganham importância, já que este espaço de aprendizado e compartilhamento de informações, conta com uma equipe experiente e propicia compreender a gestação em seus diferentes aspectos que envolve a maternidade e paternidade.⁽⁷⁾ As políticas públicas de saúde reforçam a importância da assistência pré-natal qualificada, e nestas incluem as atividades educativas em grupo de gestantes. Contudo, para que mais mulheres tenham acesso a essa ferramenta complementar do pré-natal torna-se necessário um amparo legal que justifique a ausência das participantes no seu exercício laboral e nos estudos.

Mesmo apresentando frequência inferior a 75% nas atividades desenvolvidas no grupo de gestantes e casais grávidos, as participantes em suas respostas apresentam elogios quanto às temáticas apresentadas, tempo administrado para cada atividade e profissionais de excelência. Visualizado em muitas falas a interação, entre elas em grupo de *WhatsApp*, tendo uma troca de experiência com as outras mães e sanando dúvidas com profissionais interdisciplinares que permanecem no grupo do aplicativo de mensagens.

As gestantes com oportunidade de participar de atividades educativas consideram que sua integração no grupo é fundamental para a assistência pré-natal. Destacam que as discussões enriquecedoras realizadas pela equipe multiprofissional abordam assuntos variados que incluem direito das gestantes, gravidez, preparo para o parto e amamentação, suprimindo a lacuna de informações deixadas durante a consulta de pré-natal.⁽¹⁴⁾ Neste contexto, a troca de experiências entre as participantes e os benefícios que a atividade educativa em grupo proporciona é um diferencial para a vivência do processo de gestação, parto e nascimento, e pós-parto.

É importante salientar que as pesquisas apontam que a formação de Grupos de Gestantes certifica à mulher um

espaço de oportunidade para compartilhar sua história e ainda assegura de forma integral profissionais que possam prestar assistência, sanar dúvidas e preocupações.^(2,7,11,12) Os grupos educativos são estratégias de promoção à saúde, nascem das necessidades de aprendizagem, permitem a identificação de papéis assumidos no próprio grupo e constroem conhecimentos coletivos com a articulação entre teoria e prática.⁽¹⁵⁾ Para que as gestantes possam participar desse espaço com um melhor aproveitamento é oferecido aos participantes do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos uma declaração de comparecimento, favorecendo uma possível negociação e/ou recuperação da carga horária da jornada laboral ou de estudos.

Os resultados evidenciam a necessidade de criação de políticas públicas de incentivo a Grupos de Gestantes que considerem a maior qualificação dos conteúdos das consultas pré-natais, observando as necessidades individuais de cada gestante e possibilitando um maior vínculo entre profissionais da saúde e usuária visando um apoio integral às mulheres e suas famílias em todo o período gestacional.⁽¹⁶⁾

São necessárias políticas que permitam a liberação da mulher e seu acompanhante de compromissos profissionais ou relacionados a estudos para participarem de todos os encontros do grupo quando possível, considerando os inúmeros benefícios da educação em saúde para a humanização, garantia dos direitos da gestante e acompanhante, desenvolvimento da cidadania e maior segurança na vivência da maternidade e paternidade como um todo.^(17,18)

A partir dos dados obtidos com o estudo, primeiramente percebeu-se uma quantidade menor que o esperado de artigos relacionados à temática proposta, o que acabou dificultando a discussão e embasamento dos resultados obtidos.

O estudo foi desenvolvido em um grupo de gestantes e casais grávidos consolidado, com 24 anos de existência, deste modo os resultados podem não refletir a realidade de outras regiões brasileiras e nem de outros contextos onde podem ser realizados este tipo de grupo.

O fato de a coleta ter sido realizada por questionário enviado por e-mail, prejudicou a possibilidade de aprofundamento de algumas respostas.

Através dos resultados desta pesquisa torna-se evidente a necessidade premente de políticas públicas que

garantam o direito de participação das gestantes nos Grupos de Gestantes e Casais Grávidos sem prejuízo da sua carga horária de estudos e de trabalho.

O estudo contribui para que as equipes de saúde possam olhar para sua realidade e elaborar estratégias potencializadoras da adesão aos grupos educativos realizados no pré-natal. Assim, sugere-se novas pesquisas na área temática, explorando outras possíveis abordagens que possam complementar as perspectivas apresentadas pelas participantes.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar que os principais motivos das faltas das mulheres no grupo de gestantes e casais grávidos estão relacionados com o compromisso de aula ou trabalho, desconforto causado pelo avanço da gravidez, doença ou consulta médica e o fato do bebê ter nascido antes de terminar as reuniões do Grupo. A pesquisa apresentou estratégias que potencializam a participação de gestantes no grupo e indica a flexibilidade de horários e descentralização das atividades como alternativas para incentivar as mulheres a frequentarem mais assiduamente o grupo. A partir dos resultados percebeu-se que embora as mulheres tenham identificado fatores que interferem na sua adesão ao grupo, o mesmo contribui significativamente para a vivência do processo de gestação, parto e nascimento. Desse modo, fomenta a troca de conhecimentos e experiências, amplia a rede de apoio e torna-se um espaço promotor da promoção à saúde.

Agradecimentos

Agradecemos à equipe técnica do projeto de pesquisa e de extensão que tornaram este trabalho possível. Ao CNPq e Propeq/UFSC pela concessão da Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC). À Propeq/UFSC, edital 01/2019, Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC).

Contribuições

Autores 1 e 2- 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). Autores 3, 4, 5, 6 e 7 - c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada).

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos MI, Carneiro RF, Pompeu RF, Lima VC, Maciel JA. Intervenção educativa em saúde com grupo de gestantes: estudantes de enfermagem em ação extensionista no interior do Ceará. *Expr Ext*. 2016;21(2):108-18.
2. 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.
3. Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impact of educational strategies in low-risk prenatal care: systematic review of randomized clinical trials. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(9):2935-48.
4. Domingues F, Pinto FS, Pereira VM. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2018;20(3):150-4.
5. Henriques AH, Lima GM, Trigueiro JV, Saraiva AM, Pontes MG, Cavalcanti JR, et al. Group of pregnant women: contributions and potential complementarity of prenatal care. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015;28(1):23-31.
6. Alves FL, Castro EM, Souza FK, Lira MC, Rodrigues FL, Pereira LP. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180023.
7. Lima MM, Dutra S, Estácio JR, Costa R, Roque AT, Maia CC. Contribuições de um grupo de gestantes e casais grávidos para seus participantes. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e66280.
8. Copelli FH, Rocha L, Zampieri MF, Gregório VR, Custódio ZA. Determinants of women's preference for cesarean section. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):336-43.
9. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Sand IC, Campos IF, Dreher DZ, Rios KR. Metodologia de atenção à gestante e família: relato de experiência com grupo operativo. *Rev Enferm UFSM*. 2011;3(1):497-505.
11. Castro DF, Francolli LA. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. *Mundo Saúde*. 2013;37(2):159-65.
12. Silva EP, Leite AF, Lima RT, Osório MM. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy. *Rev Saúde Publica*. 2019;53:43.
13. Vieira AN, Padilha MI, Costa R, Gregório VRP, Silva AR. Group of pregnant women and / or pregnant couples: a collective construction process (1996-2016). *Esc Anna Nery*. 2019; 23(2):e20180221.
14. Silva AA, Jardim MJ, Claudia Rios TF, Fonseca LM, Coimbra LC. Prenatal care of habitual- risk pregnant women: potentialities and weaknesses. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(15):1-20.
15. Silva MA, Marques FM, Brito MC, Viana RS, Mesquita AL, Silva AS, et al. Operative group of primigravidae: a health promotion strategy. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(1):1-11.
16. Meireles JF, Neves CM, Nacif MF, Carvalho PH, Ferreira ME. Comparison of pregnant women from public and private health care: a psychological approach. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019;19(1):79-87.
17. Junqueira TL, 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.
18. Figueiredo JV, Freitas LV, Lima TM, Oliveira AS, Damasceno AK. Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enferm Foco*. 2010;1(3):124-8.

DESENVOLVIMENTO DE *CHATBOT* PARA ADOLESCENTES SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

DEVELOPMENT OF *CHATBOT* FOR ADOLESCENTS ABOUT SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

DESARROLLO DE *CHATBOT* PARA ADOLESCENTES ACERCA DE INFECCIONES DE TRANS MISIÓN SEXUAL

Valdenia de Melo Mendonça¹

Andréia de Melo Mendonça¹

Nathanael de Souza Maciel¹

Marcela de Freitas Matos¹

Antônio Wendel Nogueira Oliveira¹

Carolina Maria de Lima Carvalho¹

Ismael Moreira de Sousa¹

Leilane Barbosa de Sousa¹

(<https://orcid.org/0000-0002-9786-1645>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1778-6970>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5088-011X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4751-6971>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9742-689X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5173-5360>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2178-867X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0266-6255>)

Descritores

Saúde do adolescente; Saúde sexual; Tecnologia da informação; Enfermagem

Descriptors

Adolescent health; Sexual health; Information technology; Nursing

Descriptores

Salud del adolescente; Salud sexual; Tecnología de la información; Enfermería

Recebido

8 de Agosto de 2020

Aceito

4 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada declarar.

Autor correspondente

Valdenia de Melo Mendonça
E-mail: melo_valdenia@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Desenvolver um *chatbot* para adolescentes sobre infecções sexualmente transmissíveis.

Métodos: Trata-se de um estudo de desenvolvimento, que utilizou a ferramenta Manychat, para entregar mensagens de forma automatizada, por meio de uma *Fanpage* no Facebook®. O estudo foi desenvolvido de janeiro a maio de 2020. Foram adotadas duas etapas para o desenvolvimento do conteúdo: elaboração de diálogos, em que se criou um *script* da conversação e organização do diálogo, estruturada por meio de abertura, desenvolvimento e fechamento.

Resultados: A tecnologia desenvolvida, para promover saúde sexual e prevenir IST em adolescentes, foi denominada "Chatbot Val" e utiliza o nome de usuário do Facebook®, para tornar a conversação mais pessoal. As boas vindas são dadas após o usuário selecionar a opção "começar" ou escrever algumas das palavras-chaves. O usuário pode acessar o menu com informações sobre HIV, sífilis, HPV, cancro mole, tricomoníase, clamídia e gonorréia. A ferramenta tem a função de reconhecer palavras-chaves que indiquem violência sexual ao adolescente.

Conclusão: O *Chatbot* Val buscou disponibilizar orientações adequadas sobre infecções sexualmente transmissíveis para adolescentes em qualquer local e hora, com percepção de confidencialidade e por meio de simulador de conversação, sendo uma tecnologia educativa de amplo alcance.

ABSTRACT

Objective: Develop a chatbot for teens about sexually transmitted infections.

Methods: This is a development study, which used the Manychat tool to deliver messages in an automated way, through a Fanpage on Facebook®. The study was developed from January to May 2020. Two steps were adopted for the development of the content: elaboration of dialogues, in which a script of the conversation and organization of the dialogue was created, structured through openness, development and closing.

Results: The technology developed to promote sexual health and prevent STIs in adolescents was called "Chatbot Val" and uses the Facebook username®, to make the conversation more personal. The welcome is given after the user selects the "start" option or writes some of the keywords. The user can access the menu with information about HIV, syphilis, HPV, soft cancer, trichomoniasis, chlamydia and gonorrhoea. The tool has the function of recognizing keywords that indicate sexual violence to adolescents.

Conclusion: Chatbot Val sought to provide adequate guidance on sexually transmitted infections for adolescents at any time, with perception of confidentiality and through a conversation simulator, being a wide-ranging educational technology.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar un chatbot para adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual.

Métodos: Este es un estudio de desarrollo, que utilizó la herramienta Manychat para entregar mensajes de forma automatizada, a través de una fanpage en Facebook®. El estudio se desarrolló de enero a mayo de 2020. Se adoptaron dos pasos para el desarrollo del contenido: la elaboración de diálogos, en los que se creó un guion de la conversación y organización del diálogo, estructurado a través de la apertura, el desarrollo y el cierre.

Resultados: La tecnología desarrollada para promover la salud sexual y prevenir las ITS en adolescentes se llamó "Chatbot Val" y utiliza el nombre de usuario de Facebook®, para hacer la conversación más personal. La bienvenida se da después de que el usuario selecciona la opción "iniciar" o escribe algunas de las palabras clave. El usuario puede acceder al menú con información sobre VIH, sífilis, VPH, cáncer blando, tricomoniasis, clamidia y gonorrea. La herramienta tiene la función de reconocer palabras clave que indican violencia sexual a los adolescentes.

Conclusión: Chatbot Val trató de proporcionar una orientación adecuada sobre las infecciones de transmisión sexual para adolescentes en cualquier momento, con percepción de confidencialidad y a través de un simulador de conversación, siendo una amplia tecnología educativa.

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

Como citar:

Mendonça VM, Mendonça AM, Maciel NS, Matos MF, Oliveira AW, Carvalho CM, et al. Desenvolvimento de chatbot para adolescentes sobre infecções sexualmente transmissíveis. *Enferm Foco*. 2021;12(3):533-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4284

INTRODUÇÃO

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta. Nesse período, a vivência da sexualidade torna-se mais notória e, em geral, manifesta-se por meio de práticas sexuais desprotegidas. Dessa forma, a procura e o interesse por novas experiências e a falta de orientações sobre as mudanças pelas quais estão passando tornam os adolescentes vulneráveis às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).⁽¹⁾

O número de adolescentes contaminados por IST vem crescendo, gradativamente, devido à precocidade nas relações sexuais, à multiplicidade de parceiros, à não utilização do preservativo⁽²⁾ e, principalmente, à falta de informações precisas e coerentes, visto que muitas informações podem ser acessadas em fontes variadas.⁽³⁾

Ao se depararem com dúvidas e curiosidades sobre IST, muitos adolescentes encontram na internet um meio rápido e confidencial de informações. Nesse processo, poderão encontrar informações adequadas, mas também equivocadas, que contribuem para a vulnerabilidade às IST. Diante dessa realidade, o acesso às informações adequadas é fundamental para o cuidado à saúde. Observa-se, contudo, que muitos adolescentes podem até saber conceitos e informações básicas sobre métodos preventivos, porém trazem consigo informações errôneas que podem vir a trazer complicações a curto e longo prazo.⁽⁴⁾

Portanto, faz-se necessário elaborar planos de educação em saúde e adotar medidas de conscientização, pois a promoção da saúde sexual em IST na adolescência ainda é considerada um desafio relacionado a múltiplos fatores, entre os quais, destaca-se a dificuldade de acesso do adolescente a informações seguras de forma rápida e que respeitem sua privacidade.⁽⁵⁾

Dessa forma, cabe aos profissionais de enfermagem fazer uso da educação em saúde como estratégia para o desenvolvimento de novos comportamentos e para o empoderamento dos grupos em estado de vulnerabilidade.⁽⁶⁾

O enfermeiro, como educador, pode usar de tecnologias educativas em saúde para permitir um processo de ensino-aprendizagem aos estudantes de modo mais dinâmico, oferecendo uma nova forma de ensino mais individualizada, mas também coletiva e participativa, que respeita o ritmo de aprendizagem de cada indivíduo.^(7,8)

Dentre as tecnologias da informação e comunicação, destaca-se o *chatbot*. O *chatbot* é um simulador de conversação, que interage por mensagem de texto e/ou voz com usuários. Essa ferramenta tem sido incorporada ao setor de saúde, a fim de disponibilizar orientações guiadas por perguntas e mediadas por inteligência artificial.⁽⁹⁾ Trata-se

de uma espécie de “amigo virtual”, que fornece orientações preestabelecidas.⁽¹⁰⁾

Diante da necessidade de adolescentes obterem conteúdo sobre IST, de forma rápida e segura, pensou-se na ferramenta de comunicação *chatbot* através do *Facebook Messenger®*, que apresenta como principais vantagens: a possibilidade de acesso a vários adolescentes ao mesmo tempo; a disponibilidade 24 horas por dia, 7 dias por semana; o fornecimento de respostas padronizadas de alto impacto e a percepção de anonimato de quem acesa o sistema,^(11,12) além dos adolescentes enfatizarem a praticidade e a facilidade de acesso ao mesmo.⁽¹³⁾

A abordagem dos adolescentes, a partir do uso de tecnologias da informação e comunicação (TIC) em saúde, é relevante, uma vez que esses instrumentos tecnológicos fazem parte do cotidiano deles.⁽¹⁴⁾

Considerado a lacuna na literatura sobre o desenvolvimento e a validação de *chatbots* sobre IST para adolescentes, o presente estudo se fundamenta na necessidade de construção de tecnologias que visem a disponibilização de informações seguras sobre IST, contribuindo para a redução dos números de casos em adolescentes. Diante disso, o objetivo deste estudo é desenvolver um *chatbot* para adolescentes sobre infecções sexualmente transmissíveis.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de desenvolvimento, que consistiu na construção de estratégia tecnológica que possa ser implementada, tanto em ambiente educacional, como também assistencial.⁽¹⁵⁾ A ferramenta concebida por acadêmicos e profissionais de enfermagem foi um *chatbot*, a ser utilizado em dispositivos que suportam a plataforma *Facebook®*.

O estudo foi desenvolvido no município de Redenção-CE.

O *chatbot* foi desenvolvido para adolescente-jovem, que inclui a faixa etária entre os 15 e os 19 anos.

O estudo foi desenvolvido de janeiro a maio de 2020. Inicialmente, pensou-se em um nome que representasse o projeto. Posteriormente, foi criado um *e-mail* para a construção de uma *Fanpage* no *Facebook®*, que foi personalizada por meio do *software Inkscape®*, para criação e edição de imagens. Utilizou-se a ferramenta de *Bot Manychat*, uma aplicação de computador criada para entregar mensagens de forma automatizada. A ferramenta conta com uma versão gratuita, que inclui vários recursos e possui uma versão PRO para quem busca funções extras. O *chatbot* foi construído com a versão grátis.

Para o desenvolvimento do conteúdo do *chatbot*, na *Fanpage*, foram adotadas as seguintes etapas:⁽¹⁶⁾ elaboração de diálogos e organização do diálogo.

Na etapa de elaboração de diálogos, foi criado um *script* de diálogos, cujo conteúdo foi retirado de textos sobre a temática, disponíveis no site do Ministério da Saúde do Brasil e do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.⁽¹⁷⁾ Os diálogos modelados tiveram os seguintes objetivos: explicar sobre formas de prevenção, sinais e sintomas das IST; promover o uso do preservativo e oportunizar o contato direto com enfermeiro ou serviços de saúde que possam receber o adolescente. As IST abordadas foram HIV/AIDS, sífilis, HPV, tricomoníase, cancro mole, gonorreia e clamídia.

Na organização do diálogo, a base de diálogos foi organizada em três seções: abertura, desenvolvimento e fechamento. Na seção de abertura, o *chatbot* dá as boas-vindas ao adolescente, já o identificando com o nome que ele escolheu usar e, em seguida, apresenta-se para ele.

Após a seção de abertura, o *chatbot* inicia uma conversação com o adolescente. Cada diálogo direcionará o adolescente para uma escolha, de acordo com sua necessidade de informação. Sempre que o adolescente indicar uma necessidade que não seja possível contemplar por meio da conversação com o robô, o *chatbot* indicará a continuidade do diálogo com profissional enfermeiro ou um serviço de saúde que poderá receber o adolescente.

Quando o usuário informar que quer terminar a conversa, o *chatbot* despedir-se-á e solicitará que o adolescente responda perguntas sobre o desempenho e a utilidade do *chatbot*¹⁶, por meio de um formulário criado no *Google Forms*®. Esse instrumento coleta dados sobre idade, sexo, se o usuário já tinha ouvido falar ou conversou com um *chatbot*, interesse em conversar com o *chatbot*, se aprendeu algo com a conversa e se conversaria novamente com o *bot*, além de questionar sobre comentários ou sugestões.

RESULTADOS

Inicialmente, buscaram-se conteúdos de fontes seguras. Após a seleção do conteúdo, foi necessário adaptar a linguagem para facilitar o entendimento dos usuários. Foi selecionado o nome feminino “Val” para representar o projeto. A tecnologia desenvolvida, para promover saúde sexual e prevenir IST em adolescentes, foi denominada “*Chatbot Val*”. Na página do Facebook® construída, foi inserido o nome, as categorias em que a Val se adequa, a sua imagem e a capa do perfil. Após a criação da página no Facebook®, foi realizada a conexão com a plataforma *Manychat*. As interações do *Chatbot Val* podem ser visualizadas na figura 1, de uma forma mais ampla, em que é possível ilustrar os fluxogramas de diálogos ocorridos entre o usuário e o *bot*.



Figura 1. Fluxograma do *Chatbot Val*

De forma detalhada, descrevendo o fluxograma acima, ao começar o diálogo com a Val, a tela inicial aparece com o atributo `{{name}}`, ou seja, o *Chatbot Val* utiliza o nome de usuário do *Facebook*® para tornar a conversação mais pessoal desde o primeiro contato. As boas-vindas serão dadas após o usuário selecionar a opção “começar” ou escrever algumas das palavras-chaves (oi, olá) ou alguma variação que demonstre o início de uma conversa. Dentro do bloco da mensagem de boas-vindas, é ilustrado um botão que permite o acesso para um conhecimento aprofundado sobre algumas IST. Há ainda a opção “Sobre”, contendo as informações: “Quem somos”, “Objetivo”, “Contato”, “Início” e “Sair” para encerrar a conversa (Figura 2).

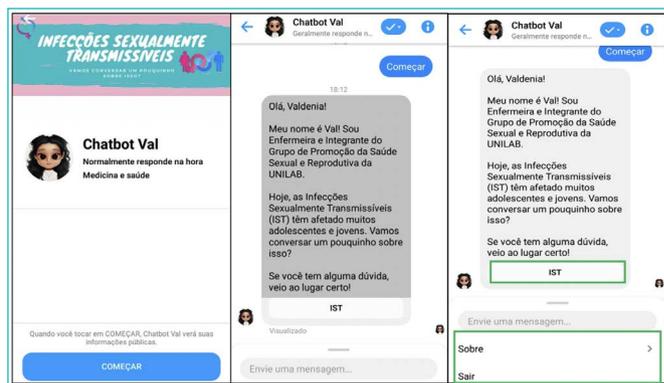


Figura 2. Tela inicial do *Chatbot Val*. Menu IST. Menu Sobre e Sair

Dentre as opções expostas no menu (Figura 3), o usuário tem a possibilidade de selecionar o campo que corresponde ao seu interesse no momento. Caso o caminho escolhido seja “IST”, o usuário será direcionado ao bloco do programa equivalente a essa opção. Essa alternativa permite ao usuário a possibilidade de escolher as opções sobre diversas IST: HIV/AIDS, sífilis, HPV, tricomoníase, cancro mole, gonorreia e clamídia.



Figura 3. Menu IST

Ao selecionar o botão de IST, é apresentado um bloco de opções, contendo as seguintes informações: HIV/AIDS (o que é, sinais e sintomas, transmissão, diagnóstico e tratamento); SÍFILIS e HPV (o que é, transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção); TRICOMONÍASE; GONORREIA E CLAMÍDIA (o que é, transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico e prevenção); CANCRO MOLE (o que é, transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico). Na figura 4, são mostradas as opções em cada menu de IST.

Ao acessar o menu com a IST desejada e selecionar alguma informação específica sobre ela, o usuário terá um resumo sobre a doença. Ao final da mensagem, o usuário sempre terá a opção “Mais sobre”, para obter mais informações sobre a IST selecionada, exceto se o mesmo selecionar a última opção do menu, pois terá a opção de visualizar informações acerca de outras IST, retornando para o menu principal, conforme a figura 4. Cada bloco com as informações contém figuras ilustrativas de modo a facilitar a compreensão do usuário. Alguns dos blocos abrangem mais de uma imagem, tendo a opção de deslizar para o lado para ter acesso.

O *Chatbot Val* tem a função de reconhecer palavras-chaves que indiquem violência sexual ao adolescente. Caso o usuário digite palavras como: fui violentada, fui violentado, fui estuprada, fui estuprado, violência, estupro, agressão, abuso, sofreu violência sexual, fui molestada e fui molestado, surgirá uma mensagem recomendando a procura de um serviço de saúde (Figura 5).

No *Chatbot Val*, o usuário terá a opção de finalizar a conversa selecionando a opção “Sair”. Realizando a despedida, será solicitado que o usuário responda a um formulário *on-line* adaptado sobre o desempenho e a utilidade do *Chatbot Val*. Ao clicar no *link* disponibilizado, o usuário será direcionado ao formulário de satisfação. Vale ressaltar que a Val é apenas uma ferramenta para auxiliar o usuário/paciente para obter informações sobre algumas IST, não substitui, em nenhum momento, a consulta com o profissional. Caso o usuário identifique algum sinal e/ou sintoma de IST, é recomendando que o mesmo consulte um profissional da saúde.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento de tecnologias requer dinamismo, interação e uma linguagem adequada ao público para o qual se propõe trabalhar, a fim de que se consiga alcançar o público desejado e para que o objetivo seja atingido. Trabalhar com adolescentes exige algumas características, como flexibilidade, criatividade, linguagem compatível com o público. Nesse âmbito, para o *Chatbot Val*, realizou-se a seleção do conteúdo e uma adaptação da escrita, visto que uma linguagem simples e adequada pode minimizar as barreiras da comunicação, tornando-a mais eficiente e com maior alcance.⁽¹⁸⁾

Um dos primeiros passos, para a criação do *chatbot*, foi a escolha do nome. Ao se realizar as pesquisas iniciais a respeito de *chatbots* e assistentes virtuais, notou-se uma tendência de utilizar nomes femininos para essas aplicações.⁽¹⁰⁾

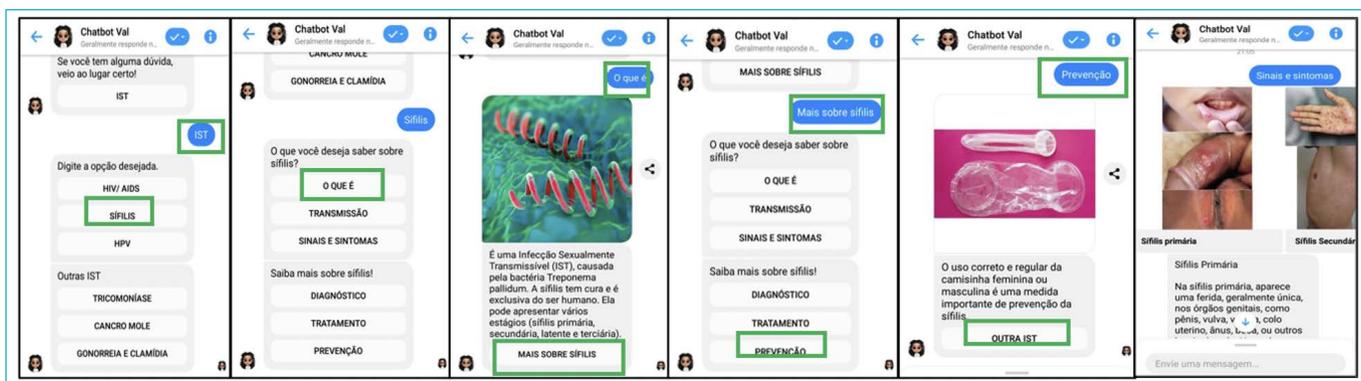


Figura 4. Tópicos sobre cada IST



Figura 5. Reconhecimento de palavras-chaves que indicam violência sexual

São exemplos de assistentes virtuais, uma forma derivada dos *chatbots*: Alexa da Amazon, Cortana da Microsoft e Siri da Apple.⁽¹²⁾

As tecnologias da informação e comunicação (TIC) têm se desenvolvido de forma rápida, passando por profundas mudanças em diversas áreas, incluindo as relacionadas com a área da saúde. Essas ferramentas devem ser utilizadas no sentido de aumentar o conhecimento e a informação em saúde, cujas finalidades incluem educação e aprendizado, podendo ser empregadas no diagnóstico, tratamento, prevenção de doenças, promoção e educação em saúde.^(19,20) As TIC têm sido cada vez mais utilizadas nas estratégias de promoção da saúde, pois essas ferramentas possibilitam a criação de métodos e ações inovadoras no cuidado ao indivíduo, estimulando-o no processo de tomada de decisões e cuidados em saúde.⁽²¹⁻²³⁾

Os adolescentes são tipicamente os primeiros a manusearem as novas tecnologias. A procura de informação sobre saúde na internet pode ser difícil para alguns, mas, em muitos casos, a utilização das TIC surge como alternativa em situações que podem causar constrangimento, como é o caso das IST.⁽²⁴⁾ Nessa perspectiva, foi desenvolvido o “*Chatbot Val*”, para os adolescentes obterem informações sobre IST de forma rápida e confiável. A vantagem dessa ferramenta, que usa recursos disponíveis na internet, é estar acessível a todo momento e não existirem julgamentos ou conflitos sobre quem a utiliza.⁽²⁴⁾ O que reforça a hipótese de emprego das TIC como ferramentas a serem usadas no empoderamento dos adolescentes em saúde.

Os *chatbots* estão em ascensão, especialmente, depois que as empresas *Microsoft*® e *Facebook*® declararam que, em 2016, os *chatbots* mudariam a forma de como interagir com os aplicativos.⁽²⁵⁾ Já é possível observar vários *chatbots* incorporados a programas populares de troca de mensagens, como o *Messenger*®.⁽¹²⁾

Os *chatbots* em saúde podem proporcionar uma maior autonomia em seus diálogos para promover informações. Nesse sentido, em um estudo desenvolvido em Natal-RN, construiu-se o *Chatbot Ellen*, que teve por objetivo auxiliar pessoas que possuem doenças crônicas por meio do aplicativo *Facebook Messenger*®. Entretanto, o *Chatbot Ellen*, diferentemente do *Chatbot Val*, funciona como um gerador de notificações e alertas, com lembretes para pacientes que fazem tratamento de uso contínuo, devido às suas doenças crônicas.⁽¹⁰⁾

O *Facebook*® e outras mídias sociais estão sendo cada vez mais usados para alcançar populações específicas, para fins de promoção da saúde. À medida que aumentam as evidências da eficácia desse tipo de intervenção para a promoção da saúde, organizações pertencentes ao setor público, organizações não governamentais e outras partes interessadas podem ser incentivadas a usar as mídias sociais com mais frequência para promoção da saúde sexual e educação em saúde sexual. As mídias sociais *on-line*, como o *Facebook*® ou o *Twitter*®, tornaram-se extremamente populares em todo o mundo e, portanto, podem ser canais poderosos para alcançar muitas pessoas.⁽²⁶⁾

O *Chatbot Val* foi desenvolvido utilizando-se a ferramenta *Facebook Messenger*®, visto que estudos com adolescentes enfatizaram a praticidade e a facilidade de acesso ao *Facebook*®, uma vez que essa forma de comunicação é amplamente conhecida e utilizada entre eles, facilitando o aprendizado em saúde sexual e reprodutiva no contexto da adolescência. Ferramentas tecnológicas demonstraram um efeito positivo na promoção de estratégias de prevenção de IST e podem ajudar a atrair e vincular jovens a campanhas relacionadas à saúde sexual. Essas ferramentas, especialmente o *Facebook*®, têm todo o potencial para se tornarem instrumentos importantes na resolução de problemas da saúde pública.⁽¹³⁾

Os adolescentes reconhecem que a timidez e a vergonha, para discutir sobre saúde sexual e reprodutiva, presentes nessa fase da vida, podem ser minimizadas em ambiente *on-line*, ressaltando-se que, no grupo do *Facebook*®, eles têm mais liberdade de falar sobre assuntos que causam constrangimentos.⁽²⁷⁾

Em um estudo, que objetivou conhecer a visão dos adolescentes sobre como as novas tecnologias poderiam ser usadas para a educação em saúde sexual por meio de grupos focais, a maioria dos adolescentes declarou manter um perfil pessoal em redes sociais (96,6%). Desses, a maioria manteve um perfil no *Facebook*® (93,1%). Os adolescentes relataram que a internet está disponível a qualquer hora, facilitando a localização de informações com onipresença

geográfica e atemporalidade. Além disso, os participantes afirmaram que os recursos eletrônicos de saúde sexual serão mais acessíveis se eles tiverem linguagem clara, que os adolescentes possam entender.⁽²⁸⁾

Uma revisão da literatura⁽²⁶⁾ demonstrou que a maioria dos estudos envolvendo mídias sociais *on-line* para saúde sexual lidou com o tópico de uma maneira generalista ou focada na promoção da saúde sexual e no aumento dos testes de IST, como HIV, clamídia, sífilis, gonorréia ou HPV. Todavia, encontraram-se apenas alguns projetos de intervenção usando a mídia social para tópicos adicionais de promoção da saúde sexual, como aborto e gravidez na adolescência. Nesse sentido, o *Chatbot Val* se diferencia, uma vez que, além de IST, a intervenção prevê a indicação de adolescentes para a assistência à saúde em casos de violência sexual.

No encerramento do diálogo, o usuário pode ser direcionado ao questionário de satisfação. A satisfação do usuário é uma importante ferramenta para avaliar a qualidade e o desempenho da tecnologia desenvolvida, pois possibilita analisar os resultados do trabalho realizado e contribui para definir melhor as necessidades dos usuários finais, com o intuito de atender suas expectativas.⁽²⁹⁾

No âmbito tecnológico, os usuários de serviços de saúde representam um público consumidor crescente de tecnologia móvel. As tecnologias móveis, na área da Enfermagem, para usuários, visam o empoderamento sobre sua saúde, o autocuidado e o acompanhamento frequente de alterações nas suas condições de saúde, complementando as consultas de Enfermagem.⁽³⁰⁾ Sinaliza-se a necessidade de novos estudos sobre tecnologias móveis na área da Enfermagem, em especial, com graduandos. Novos estudos poderão preencher as lacunas atualmente presentes e contribuir para a prática de Enfermagem ágil, sistematizada e segura.⁽³⁰⁾

Observa-se que, apesar de se tratar de uma ferramenta de comunicação vantajosa e em ascensão, o número de estudos sobre *chatbots* ainda é incipiente na área da saúde, especialmente, abordando o público adolescente. Contudo, os conceitos e as experiências apresentadas indicam resultados encorajadores, sobretudo em situações em que é necessário o acesso rápido a informações e com percepção de sigilo da identidade.

Este estudo foi desenvolvido com a versão gratuita. Dentre as limitações, o *chatbot* aborda apenas a temática IST e alguns métodos de prevenção, além de possuir quantidade limitada de interações. Em atualizações futuras do *chatbot*, podem ser utilizados casos fictícios de situações de risco para IST, vídeos ou outras mídias que reforcem a utilização do preservativo, cuidados com o preservativo e

temas como gravidez na adolescência, além de sua validação e expansão para outras plataformas de comunicação, como WhatsApp®, Telegram® e Instagram®.

O enfermeiro pode indicar o *Chatbot Val* para adolescentes em diversos cenários de educação em saúde. Considerando que adolescentes podem não buscar os serviços de saúde para abordar temáticas relacionadas à sua saúde sexual, o *chatbot*, desenvolvido neste estudo, pode contribuir para a construção de conhecimentos, atitudes e práticas adequadas em adolescentes.

CONCLUSÃO

O *Chatbot Val* buscou disponibilizar orientações adequadas sobre infecções sexualmente transmissíveis para adolescentes em qualquer local e hora, com percepção de confidencialidade e por meio de simulador de conversação, sendo uma tecnologia educativa de amplo alcance, que poderá reduzir o número de IST por meio da prevenção e da quebra da cadeia de transmissão. Abordar a saúde dos adolescentes, na atualidade, é imprescindível, visto que essa população é apontada como um grupo de risco para contrair IST, considerando que os adolescentes passam por mudanças físicas, sociais e psicológicas, as quais podem gerar conflitos interpessoais e curiosidades a respeito do ato sexual e encontram, na internet, um meio rápido e confidencial de informações, muitas vezes, sem procedência. Dessa forma, as tecnologias digitais em saúde, como os *chatbots*, ganham uma importância estratégica, pois ampliam as possibilidades de pesquisa e compartilhamento de informações confiáveis, favorecendo o aprendizado interdisciplinar do adolescente. Com isso, foi possível desenvolver o *Chatbot Val*, uma ferramenta que oferece ao adolescente a oportunidade de interagir, com percepção de privacidade, com um robô programado para guiar decisões simples em prol da promoção da saúde sexual. Ademais, novas pesquisas podem ser realizadas com o intuito de validar o *chatbot*.

Agradecimentos

Programa Institucional de Bolsas de Extensão, Arte e Cultura da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab).

Contribuições

VMM, AMM, NSM, MFM, AWNO, MCLC, IMS e LBS contribuíram para a concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada).

REFERÊNCIAS

- Almeida RA, Corrêa RG, Rolim IL, Hora JM, Linard AG, Coutinho NP, et al. Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):1033-9.
- Silva SA, Costa LA, Cavalcante JC. Aspectos da Vida Sexual de Estudantes Adolescentes. *Rev Portal Saúde Soc.* 2017;1(3):228-41.
- Silva AT, Jacob MH, Hirdes A. The knowledge of high school teenagers about STD/AIDS in southern Brazil. *Aletheia.* 2015;46:34-49.
- Mesquita JS, Costa MI, Luna IT, Silva AA, Pinheiro PN. Risk and protection against adolescents on STD/HIV/AIDS. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(3):1227-33.
- Costa TS, Capeletti CP, Mello ML, Vieira PR, Brum MD, Krabbe EC, et al. Escola, sexualidade, práticas sexuais e vulnerabilidades para as infecções sexualmente transmissíveis (IST). *Rev Interdiscip Ensino Pesqui Ext.* 2017;4(1):75-84.
- Baldoino LS, Silva SM, Ribeiro AM, Ribeiro EK. Health education for adolescents in the school context: a related experience. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(4):1161-7.
- Domingues AN, Jesus IT, Zem-Mascarenhas SH. Informática na Educação em Saúde e Enfermagem: análise dos grupos de pesquisa. *J Health Inform.* 2017;9(1):19-24.
- Fonseca LM, Tsai ML, Dias DM, Scochi CG, Fernandes AM, Martins JC, et al. Emotional design and its contributions to digital educational technology in health and nursing: integrative review. *Referência.* 2015;serIV(6):141-9.
- Aguiar GA, Abreu RN, Castilho GN, Filho JE, Moreira TM, Sampaio LR, et al. Inteligência artificial para classificação e auxílio na terapia tópica de queimaduras em tempo real. *Enferm Foco.* 2019;10(5):32-6.
- Santos SS. Desenvolvimento do Chatbot Ellen como ferramenta de alerta e acompanhamento para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis [trabalho de conclusão de curso]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018.
- Sônego AA, Bernardini AA, Pozzebon E. Chatbots: uma análise bibliométrica do estado da arte da literatura. *Rev Virtual Estud Ling.* 2018;16(1):1-14.
- Yan M, Castro P, Cheng P, Ishakian V. Building a Chatbot with Serverless Computing. In: *Proceedings of the 1st International Workshop on Mashups of Things and APIs* [Internet]. Trento, Italy: Association for Computing Machinery; 2016 [cited 2020 Apr 9]. p. 1-4. (MOTA '16). Available from: <https://doi.org/10.1145/3007203.3007217>
- Sanz-Lorente M, Wanden-Berghe C, Castejón-Bolea R, Sanz-Valero J. Web 2.0 Tools in the Prevention of Curable Sexually Transmitted Diseases: Scoping Review. *J Med Internet Res.* 2018;20(3):e113.
- Cavalcante RB, Ferreira MN, Maia LL, Araújo A, Silveira RC. Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares. *J Health Inform.* 2012;4(4):182-6.
- Rodrigues RM. Pesquisa Acadêmica. Como Facilitar o Processo de Preparação de Suas Etapas. Atlas; 2007.
- Almeida Junior OA, Beck: Um Chatbot Baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental para Apoiar Adolescentes com Depressão [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Jun 30]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>
- Moreira MF, Nóbrega MM, Silva MI. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(2):184-8.
- Chiou SF, Su H-C, Huang E-W. [The Application of Information and Communication Technology (ICT) in Nursing Education]. *Hu Li Za Zhi.* 2017;64(6):5-11. Chinese.
- Messina LA, Ribeiro Filho JL, Lopes PR. RUTE 100: as 100 primeiras unidades de telemedicina no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) [Internet]. 1a ed. Rio de Janeiro: E-papers; 2014 [citado 2020 Aug 6]. Disponível em: https://rute.rnp.br/c/document_library/get_file?uuid=fb64edda-ae06-476b-8c70-53d9605dd1ab&groupId=160704
- Wildevuur SE, Simonse LW. Information and communication technology-enabled person-centered care for the "big five" chronic conditions: scoping review. *J Med Internet Res.* 2015;17(3):e77.
- Potančok M, Voříšek J. Specific factors influencing information system/information and communication technology sourcing strategies in healthcare facilities. *J Health Inform.* 2016;22(3):536-47.
- Machado ME, Paz AA, Linch GF. Uso das tecnologias de informação e comunicação em saúde pelos enfermeiros brasileiros. *Enferm Foco.* 2019;10(5):91-6.
- Skinner H, Biscope S, Poland B, Goldberg E. How Adolescents Use Technology for Health Information: Implications for Health Professionals from Focus Group Studies. *J Med Internet Res.* 2003;5(4):e32.
- Dale R. The return of the chatbots. *Nat Lang Eng.* 2016;22(5):811-7.
- Gabarron E, Wynn R. Use of social media for sexual health promotion: a scoping review. *Glob Health Action.* 2016;9:10.3402/gha.v9.32193.
- Aragão JM, Gubert FA, Torres RA, Silva AS, Vieira NF, Aragão JM, et al. The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):265-71.
- Selkie EM, Benson M, Moreno M. Adolescents' Views Regarding Uses of Social Networking Websites and Text Messaging for Adolescent Sexual Health Education. *Am J Health Educ.* 2011;42(4):205-12.
- Krebs P, Duncan DT. Health App Use Among US Mobile Phone Owners: A National Survey. *JMIR MHealth UHealth.* 2015;3(4):e101.
- Silva AM, Mascarenhas VH, Araújo SN, Machado RS, Santos AM, Andrade EM, et al. Mobile technologies in the Nursing area. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(5):2570-8.

CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NURSING CONSULTATION TO CHILDREN: NURSE'S PERFORMANCE IN PRIMARY HEALTH CARE

CONSULTA DE ENFERMERÍA INFANTIL: DESEMPEÑO DEL ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Ana Paula Garbuio Cavalheiro¹

Carla Luiza da Silva¹

Maria de Lá Ó Ramalho Veríssimo²

(<https://orcid.org/0000-0002-0978-5217>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2600-8954>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5474-0245>)

Descritores

Consulta de enfermagem; Criança; Lactente; Atenção primária à saúde

Descriptors

Office nursing; Child; Infant; Primary health care

Descriptores

Enfermeria de consulta; Niño; Infantil; Atención primaria de salud

Recebido

12 de Agosto de 2020

Aceito

3 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Ana Paula Garbuio Cavalheiro

E-mail: anapaulagarbuio@usp.com

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses, com foco na importância atribuída a essa intervenção, dificuldades para sua implementação e sugestões para torná-la mais efetiva.

Métodos: Pesquisa descritiva e qualitativa que envolveu oito enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. Dados coletados por grupo focal, organizados em categorias empíricas interpretados à luz da análise de conteúdo.

Resultados: Revelaram-se três categorias: a consulta de enfermagem integra a família e o serviço de saúde no cuidado da criança; dificuldades para a implementação da consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses na Atenção Primária à Saúde e sugestões para qualificar a consulta de enfermagem à criança.

Conclusão: A consulta de enfermagem é importante para amparo e segurança da criança e da sua família, porém dificuldades estruturais, de gestão de serviços e de sistematização da assistência de enfermagem comprometem sua qualidade. Educação permanente em saúde foi identificada como possibilidade de tornar mais efetiva a consulta de enfermagem à criança.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of Primary Health Care nurses in nursing consultations for children aged 0 to 24 months, focusing on the importance attributed to this intervention, difficulties for its implementation and suggestions to make it more effective.

Methods: Descriptive and qualitative research that involved eight nurses working in Primary Health Care. Data collected by focus group, organized into empirical categories interpreted in the light of content analysis.

Results: Three categories were revealed: the nursing consultation integrates the family and the health service in the care of the child; difficulties in implementing the nursing consultation for children from 0 to 24 months in Primary Health Care and suggestions to qualify the nursing consultation for the child.

Conclusion: The nursing consultation is important for the protection and safety of the child and his family, but structural difficulties, service management and systematization of nursing care compromise its quality. Permanent health education was identified as a possibility to make nursing consultation to the child more effective.

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de los enfermeros de Atención Primaria de Salud en las consultas de enfermería para niños de 0 a 24 meses, enfocándose en la importancia atribuida a esta intervención, las dificultades para su implementación y sugerencias para hacerla más efectiva.

Métodos: Investigación descriptiva y cualitativa que involucró a ocho enfermeros que laboran en Atención Primaria de Salud, datos recolectados por grupo focal, organizados en categorías empíricas interpretadas a la luz del análisis de contenido.

Resultados: Se revelaron tres categorías: la consulta de enfermería integra a la familia y el servicio de salud en el cuidado del niño; dificultades en la implementación de la consulta de enfermería para niños de 0 a 24 meses en Atención Primaria de Salud y sugerencias para calificar la consulta de enfermería para el niño.

Conclusión: La consulta de enfermería es importante para la protección y seguridad del niño y su familia, pero las dificultades estructurales, la gestión del servicio y la sistematización de los cuidados de enfermería comprometen su calidad. La educación permanente en salud fue identificada como una posibilidad para hacer más efectiva la consulta de enfermería al niño.

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil.

²Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar:

Cavalheiro AP, Silva CL, Verissimo ML. Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(3):540-5.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4305

INTRODUÇÃO

A consulta de enfermagem é considerada uma atividade privativa do enfermeiro, que “utiliza métodos científicos para identificar, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde do indivíduo, família e comunidade”,⁽¹⁾ devendo estar fundamentada na ação sistematizada do processo de enfermagem PE (histórico e exame físico, diagnósticos, prescrição, implementação e avaliação de enfermagem), em “todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional do enfermeiro”.⁽²⁾ No contexto da saúde pública, com foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e das Equipes de Saúde da Família (eSF), percebeu-se avanço na sua implantação,⁽³⁾ com consequente ampliação das possibilidades de sua aplicação às crianças de 0 a 24 meses.

A consulta de enfermagem à criança é entendida como uma metodologia da assistência empregada pelo enfermeiro para promover, proteger e recuperar a saúde da criança e de sua família.⁽⁴⁾ Para tanto, contempla as ações preconizadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a saber: acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança, imunização, prevenção de acidentes e violência, atenção às doenças prevalentes na infância, aleitamento materno, alimentação complementar saudável e prevenção do óbito infantil.⁽⁵⁾

Ressalta-se que a promoção e proteção da saúde e desenvolvimento infantil representam o eixo central da atenção à criança e devem orientar toda a consulta de enfermagem. Isso porque é na primeira infância – seis primeiros anos de vida do ser humano – que se estabelecem os alicerces necessários ao desenvolvimento humano e social. Em outras palavras, quando a sociedade atende às necessidades de saúde das crianças, está promovendo seu próprio desenvolvimento humano e social, o que demanda ação conjunta das famílias, da comunidade e dos profissionais qualificados, que, de forma intersetorial, favoreça o desenvolvimento integral da criança, bem como a prevenção de toda forma de violência contra ela.⁽⁶⁾

Mesmo que existam literatura e resoluções que orientem a sistematização da consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses na APS, nem todos os profissionais enfermeiros percebem-se aptos a interagir tranquilamente com essa prática,^(3,7) o que envolve desde insegurança para realizá-la e falta de tempo⁽⁸⁾ até o pouco conhecimento acerca do processo de enfermagem⁸ e inabilidade na operacionalização de suas etapas. Embora se evidenciem grandes avanços na educação em enfermagem no Brasil, influenciados

pelas demandas e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS),⁽⁹⁾ ainda não há homogeneidade nos planos curriculares relacionada, por exemplo, às metodologias de ensino-aprendizagem empregadas; parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde que promovam a formação prática integrada e; formação focada no desenvolvimento de competências profissionais,⁽¹⁰⁾ fatores contribuintes ao desempenho profissional dos enfermeiros.

Ao mesmo tempo, a ampliação da atuação dos enfermeiros na assistência à criança, com o crescimento da implantação da estratégia saúde da família, torna essencial o acompanhamento do estado das práticas e dos desafios enfrentados por esses profissionais, a fim de compreender o que já avançou e o que precisa ser melhorado.

Assim, esta pesquisa baseou-se no seguinte questionamento: como tem sido a experiência dos enfermeiros na realização da consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses na Atenção Primária à Saúde?

O objetivo deste artigo é: descrever a experiência de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses em um município do Paraná, com foco na importância atribuída a essa intervenção, dificuldades para sua implementação e sugestões para torná-la mais efetiva.

MÉTODOS

Pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada entre maio de 2019 a junho de 2020 na Atenção Primária à Saúde de um município paranaense com população estimada de 341.130 habitantes¹¹. O município está organizado em seis distritos sanitários e conta com 52 Unidades de Saúde que abarcam 80 equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) cobrindo 85% da população.⁽¹¹⁾

Foram convidados por conveniência, de forma digital pelo WhatsApp e Facebook, 30 enfermeiros atuantes na APS do município. Destes, oito aceitaram participar do estudo tendo ciência dos objetivos da pesquisa e respeitando os seguintes critérios de inclusão: atuação de mais de dois anos na APS e implementação da consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses nos seus processos de trabalho. Nenhum participante foi excluído da pesquisa pelos seguintes critérios de exclusão: não atuar na APS, enfermeiros de férias ou licença e ter menos de dois anos de trabalho na APS.

Sob orientação da *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* – COREQ,⁽¹²⁾ os dados foram coletados em grupo focal⁽¹³⁾ norteado pelas seguintes questões: como é para vocês a experiência na realização da consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses na APS? Quais dificuldades são identificadas para a realização da consulta

de enfermagem à criança? Quais as sugestões para tornar mais efetiva as ações da consulta de enfermagem à criança? O grupo focal foi gravado em áudio e vídeo, tendo sido as discussões posteriormente transcritas na íntegra e organizadas em documento do Word?

Os conteúdos transcritos foram submetidos à análise temática de conteúdo,⁽¹⁴⁾ percorrendo-se os seguintes passos: 1) pré-análise, com leituras repetidas do conteúdo, buscando apreender os temas e os sentidos das falas de cada participante; 2) exploração do material, verificando as similaridades e diferenças nas falas, mediante identificação de temas explicativos das experiências, seguida do agrupamento dos blocos de conteúdos mediante formação de categorias empíricas; 3) tratamento dos resultados, apoiado pela literatura e reflexões sobre os dados sistematizados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob o Parecer nº 3.067.305. Os enfermeiros concordaram em participar do estudo após serem devidamente informados acerca dos objetivos e da técnica do grupo focal, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa oito enfermeiros, sendo sete do sexo feminino, com tempo médio de formação em Enfermagem de 11,4 anos e tempo médio de atuação na APS de 6,3 anos. Todos tinham pós-graduação, sendo cinco em Saúde da Família, um em Obstetrícia, um em Educação e um em Gestão em Saúde. Além disso, cinco cursaram instituições de ensino superior públicas e três, privadas. As categorias empíricas identificadas na análise foram: a consulta de enfermagem integra a família e o serviço de saúde no cuidado da criança; dificuldades para a implementação da consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses na APS; e sugestões para qualificar a consulta de enfermagem à criança. A primeira categoria – a consulta de enfermagem integra a família e o serviço de saúde no cuidado da criança – explica a importância da consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses na APS, tendo sido destacadas pelos participantes as perspectivas do apoio às mães para o cuidado da criança, de evidenciar a saúde e desenvolvimento da criança e de vincular a população ao serviço. No tocante ao apoio às mães para o cuidado da criança, verificou-se a percepção dos enfermeiros acerca da função da consulta como apoio, por ser uma oportunidade para elas se certificarem de que estão cuidando bem de seus filhos, como segue:

[...] fornecer amparo e criar segurança, para que a mãe tenha apoio (P1).

[...] mães certificam de que estão fazendo o certo [...] na consulta de enfermagem vê que o diagnóstico é o cuidado [...] se torna familiar para entender o desenvolvimento da criança e também se as ações estão corretas para aquele bebê (P8).

[...] mãe tem que se sentir bem e saber que está fazendo certo, e essa atenção deve ser mútua avaliando o binômio, e apresentar um olhar diferenciado (P6).

Com relação à importância da consulta para a criança, no sentido de evidenciar seu estado de saúde e desenvolvimento, deu-se ênfase aos focos envolvidos na avaliação da criança pelo enfermeiro, como indicado pelo depoimento:

“Para a criança, se está desenvolvendo-se de forma adequada” (P5).

Ainda, na perspectiva da consulta como recurso de acolhimento e vínculo da família com o serviço de saúde, esses componentes são entendidos como inter-relacionados, isto é, à medida que os enfermeiros acolhem bem a família, melhoram a frequência às consultas e a avaliação do serviço, implicando sua utilização apropriada e valorização, como se vê na sequência:

Quando a gente demonstra interesse, elas sabem que vão ser ouvidas se sentem confortáveis, então elas não faltam [...] E dão um retorno positivo (P3).

[...] segurança, sendo bom para nós enquanto profissional porque valoriza o nosso serviço [...] e ela acaba aprendendo a usar o serviço público (P4).

A segunda categoria – dificuldades para a implementação da consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses na APS – apontou os fatores que comprometem a implementação em sua plenitude, na perspectiva da centralidade do trabalho no enfermeiro, da ineficiência da estrutura física, da falta de reconhecimento e apoio e da inabilidade na sistematização da assistência de enfermagem.

No tema “trabalho centrado no enfermeiro”, identificou-se que esses profissionais acumulam diversas funções, além das assistenciais, impactando na atenção que ofertam à saúde das crianças:

É tudo centralizado na gente, talvez por nosso olhar ser diferenciado, acaba sobrecarregando (P2).

Em atendimento, acabam batendo na porta e entram; e isso atrapalha, faz com que perca o foco e você

acaba que nem lembra mais do que estava falando, atrapalhando todo o fluxo do atendimento (P3).

Um fator complicador é a falta de tempo (P7).

O enfermeiro não [deveria] ficar preso a tantas questões burocráticas, para isso deveria haver outro profissional (P6).

Em relação à ineficiência da estrutura física para a implementação da consulta de enfermagem à criança, observou-se a dificuldade dos enfermeiros de desenvolver a consulta de enfermagem à criança em salas ou consultórios adaptados, além da falta de garantia da disponibilidade do espaço, de acordo com as seguintes falas:

Falta de espaço [...] somos três equipes, a gente tem que fazer rodízio entre a sala (P5).

Falta espaço para trabalhar, porque é uma sala para duas enfermeiras (P6).

Sobre a dificuldade de reconhecimento e apoio na realização das consultas de enfermagem, destacam-se os depoimentos seguintes:

Dificuldade de suporte de outros profissionais, apesar de ter conhecimento precisamos de apoio de outras áreas (P4).

[...] e, também, lidar com a falta de interesse da equipe (P5).

Falta de profissional (P6).

Sendo assim o enfermeiro deveria dedicar-se ao o que é importante - consulta de enfermagem. Somos pouco aproveitados (P8).

Já o tema "inabilidade na sistematização da assistência de enfermagem" fez referência às dificuldades na identificação dos diagnósticos de enfermagem, com consequentes dificuldades na prescrição de cuidados de enfermagem:

Pensando no diagnóstico, é feito de forma empírica (P1).

Com as conturbações do dia a dia, temos falhas no diagnóstico pela queda da qualidade do atendimento, pelo aumento de atribuições e carga de trabalho (P8).

Finalmente, a categoria "sugestões para qualificar a consulta de enfermagem à criança" evidenciou que os enfermeiros identificam a necessidade de momentos de estudo e debate que os conduzam a processos reflexivos sobre suas práticas profissionais, a fim de serem adequadas ou mantidas abordagens mais indicadas para a qualidade e efetividade da assistência à criança:

Deveríamos ser mais incentivados à qualificação profissional (P1).

Eu acho necessário ter momentos de discussão, facilita a observação do que a gente poderia estar melhorando no trabalho como um todo (P8).

Mais momentos de estudo (P5).

Referente à efetividade da consulta, o enfermeiro deveria realizar a assistência (e não ficar preso a tantas questões burocráticas) (P6).

DISCUSSÃO

Com a realização da pesquisa, observou-se que os enfermeiros percebem a importância da consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses, tanto para ela quanto para sua família e comunidade, sobretudo no que tange ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Embora isso seja reconhecido, apontam que dificuldades estruturais, de gestão de serviços e de pessoas e inabilidade na sistematização da consulta de enfermagem comprometem a qualidade da assistência à criança na APS. Os enfermeiros reconhecem fragilidades na operacionalização da consulta de enfermagem e julgam a educação permanente em saúde como estratégia possível para qualificá-la.

Resultados semelhantes e este trabalho são encontrados na literatura,⁽¹⁵⁾ indicando as inúmeras dificuldades que o enfermeiro encontra para a realização das consultas de enfermagem à criança na APS, tais como: falta de recursos humanos e de estrutura, número insuficiente de profissionais para atuação na rede, sobrecarga de trabalho devido às funções assumidas pelo enfermeiro, falta de compreensão dos usuários nas orientações repassadas e falta de capacitação para a realização da consulta de enfermagem de forma efetiva.

Sabe-se que a atuação do enfermeiro é muito ampla, envolvendo diversas habilidades como: gerenciar o processo de trabalho, planejar ações e coordenar equipe; contudo o foco principal da prática desse profissional deve estar pautado na implementação da consulta de enfermagem,⁽¹⁾ que no contexto da saúde da criança, representa importante instrumento de monitoramento e avaliação de crescimento e desenvolvimento infantil na APS.⁽⁵⁾ Portanto, o enfermeiro precisa ser assertivo nas intervenções durante a consulta qualificando sua prática para a promoção da saúde integral à criança.

A qualificação profissional na APS está prevista na Política de Educação Permanente em Saúde,⁽¹⁶⁾ contudo para sua efetividade, é indispensável ao enfermeiro momentos de reflexão e estudo, que podem ser, individuais ou

em grupos cujo objetivo é o aprimoramento das práticas com consequente aumento da segurança e cientificidade.⁽¹⁷⁾ Porém, o acúmulo de trabalho administrativo, burocrático e com a resolução de conflitos e fragilidades estruturais das UBSs, reduz o tempo em que ele poderia estar centrado nessa tarefa.

Essa problemática parece ser uma realidade nacional. Evidências⁽¹⁸⁾ apontam que a sobrecarga de trabalho e número insuficiente de funcionários impactam diretamente no cuidado prestado pelo enfermeiro no Brasil. De modo geral, tanto neste trabalho quanto em outros, foram encontrados desafios e barreiras para a implementação da consulta de enfermagem à criança.⁽¹⁹⁾

A variação observada diz respeito às soluções apontadas pelos participantes desta pesquisa, ao referir que momentos de discussão e de aprendizagem coletiva relacionados à execução da consulta de enfermagem seriam bem-vindos e pedagógicos. Essa conclusão dos profissionais é bastante promissora, no sentido de que evidencia sua compreensão sobre o aspecto técnico-científico do trabalho realizado, e, portanto, da necessidade de tomarem para si a responsabilidade de estarem mais bem preparados para atuar. Isso vai ao encontro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual indica que a reflexão sobre o fazer prático, inquietação que mobiliza novas perspectivas sobre as possibilidades mais adequadas de fazer saúde nos serviços de saúde, deve anteceder o processo de ensino-aprendizagem.⁽¹⁶⁾

Outra fragilidade apontada neste estudo diz respeito à inabilidade do enfermeiro da APS em operacionalizar as etapas do processo de enfermagem que compõem a consulta à criança. Isso ficou evidente quando os participantes reconheceram que têm dificuldades em definir os diagnósticos de enfermagem.

A consulta de enfermagem é o instrumento da prática assistencial do enfermeiro que deve se orientar na ação sistematizada do processo de enfermagem,⁽²⁾ contudo, o que se observa é que os enfermeiros fazem o exame físico e passam as orientações de modo constante; sem aplicar a sistematização de forma sequencial e ordenada³. Essa desorganização compromete a identificação dos diagnósticos e a consequente definição das intervenções necessárias à saúde da criança.

Por outro lado, apesar da constatação de que perduram dificuldades concretas em seus contextos, como as relativas à infraestrutura, os profissionais não manifestaram perspectivas para lidar com tais dificuldades. Isso pode

indicar uma visão de que as condições de trabalho são imutáveis, ou que são de menor importância frente ao movimento de capacitação individual, ou mesmo que eles não vislumbram medidas para lidar com tais questões. Nesse sentido, o olhar para os aspectos contextuais e estruturais também deve ser alvo de estudo e aprendizado, pois sua compreensão e busca de respostas só serão possibilitadas quando colocadas sob uma visão analítica que trate dos processos de trabalho e seus efeitos e determinantes.^(20,21)

Uma das limitações do estudo é a amostra de conveniência, portanto, não representativa do universo de enfermeiros que atuam na APS no município. Ainda assim, considera-se que os resultados têm uma importante contribuição, dado que os participantes tinham larga experiência na atuação em APS e na realização de consultas à criança, o que permitiu compor um grupo com conhecimento consistente sobre essa prática. Outra limitação é tratar-se da visão dos próprios enfermeiros, que poderá ser complementada com estudos que avaliem mais objetivamente as consultas realizadas, e que verifiquem o alcance do apoio às famílias e os demais aspectos percebidos por eles.

Os resultados desta pesquisa são significantes, uma vez que intencionam mobilizar enfermeiros para a qualificação da consulta de enfermagem à criança na APS, com consequente qualificação na atenção integral às crianças.

CONCLUSÃO

Ao descrever a experiência dos enfermeiros da APS quando da realização da consulta de enfermagem à criança de 0 a 24 meses, identificaram-se como dificuldades as questões estruturais, de gestão de serviços e ligadas ao processo de sistematização da consulta. Foi possível compreender que os profissionais enfermeiros não estão totalmente esclarecidos sobre a implementação e operacionalização da consulta de enfermagem. No entanto é reconhecida a importância de realizá-la de forma qualificada, o que poderia se tornar mais concreto a partir da educação permanente em saúde.

Contribuições

Ana Paula Garbuio Cavalheiro: contribuição com desenho do estudo; coleta, análise e interpretação de dados; aprovação da versão final a ser publicada. Carla Luiza da Silva: contribuição com desenho do estudo; coleta, análise e interpretação de dados. Maria de Lázara Ramalho Veríssimo: contribuição com análise dos dados; redação e revisão crítica.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução no. 544, de 9 de maio de 2017. Revoga a Resolução Cofen nº 159/1993, que dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado 2020 Jul 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html
2. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução no. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, público ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009 [citado 2020 Jul 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen3582009_4384.html
3. Campos RM, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli EC. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):566-74.
4. Oliveira VB, Veríssimo ML. Consulta de enfermagem e participação da família no cuidado à criança. In: Kalinowski CE, Crozeta K, Fonseca RM, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: atenção primária e saúde da família. Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 43-79.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.130, de 5 de agosto de 2015. 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 [citado 2020 Jul 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
6. Brasil. Lei no. 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF). 2015 mar. 9. [citado 2020 Jul 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm
7. Oliveira CS, Borges MC. Social representations of systematization of nursing care in the perspective of nurses who take care of children. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(3):1-23.
8. Hanzen IP, Zanotelli SS, Zanatta EA. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para a consulta de enfermagem à criança. *Enferm Foco*. 2019;10(7):16-21.
9. Ximenes Neto FR. Educação em Enfermagem no Brasil: avanços e riscos. *Enferm Foco*. 2019;10(6):4-5.
10. Felix MA, Maia FO, Soares RA. Atenção primária à saúde e educação em enfermagem no Brasil. *Enferm Foco*. 2019;10(6):175-82.
11. Ponta Grossa. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021 [Internet]. Ponta Grossa: SMS; 2017 [citado 2020 Jul 10]. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf>
12. 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.
13. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília (DF): Liber Livro; 2005.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
15. Ferreira SR, Périco LA, Dias VR. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(supl. 1):754-7.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [citado 2020 Jul 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
17. Kahl C, Meirelles BH, Lanzoni GM, Koerich C, Cunha KS. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03327.
18. Silva FR, Pradro PF, Carneiro JA, Costa FM. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades e potencialidades. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2014;12(2):580-90.
19. Ribeiro GC, Padoveze MC. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03375.
20. Barth PO, Ramos FR, Barlem EL, Rennó HM, Brehmer LC, Rocha JM. Situações geradoras de Distresse Moral em enfermeiras da Atenção Primária. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):35-42.
21. Nogueira LS, Sousa RM, Guedes ES, Santos MA, Turrini RN, Cruz DA. Burnout e ambiente de trabalho de enfermeiros em instituições públicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):336-42.

ASSOCIAÇÃO ENTRE OS FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIA CARDÍACA

ASSOCIATION BETWEEN RISK FACTORS AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN CARDIAC SURGERY

ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA CARDÍACA

Évilin Diniz Gutierrez¹ (<https://orcid.org/0000-0003-2263-6520>)

Laurelize Pereira Rocha² (<https://orcid.org/0000-0001-9334-6550>)

Janaina Sena Castanheira² (<https://orcid.org/0000-0002-8300-698X>)

Tais Maria Nauderer¹ (<https://orcid.org/0000-0002-4062-7575>)

Deciane Pintanela de Carvalho² (<https://orcid.org/0000-0003-1598-6602>)

Lais Farias Juliano² (<https://orcid.org/0000-0002-0593-0181>)

Descritores

Cirurgia torácica; Cardiologia;
Complicações pós-operatórias;
Enfermagem; Cuidados pós-operatórios

Descriptors

Thoracic surgery; Cardiology;
Postoperative complications;
Nursing; Postoperative care

Descriptores

Cirurgia Torácica; Cardiologia;
Complicaciones posoperatorias;
Enfermería; Cuidados posoperatorios

Recebido

18 de Agosto de 2020

Aceito

27 de Março de 2021

Conflitos de interesse:

artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada, "Predição de risco de mortalidade em cirurgia cardíaca por meio do EUROSCORE II". Apresentada no ano de 2018 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Autor correspondente

Évilin Diniz Gutierrez
E-mail: evilingutierrez@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar a associação entre os fatores de risco e as complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

Métodos: Estudo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado com 388 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2018. Para verificar associações entre fatores de risco e complicação no pós-operatório imediato utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson. Utilizou p-valor <0,05.

Resultados: Verificou-se associação estatística significativa entre os fatores de risco infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica cardiopatia isquêmica, balão intra-aórtico, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes mellitus com complicações no pós-operatório imediato.

Conclusão: Ao conhecer os fatores de risco dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca com associação nas complicações pós-operatórias os enfermeiros poderão realizar um plano de cuidados individual além de ações de prevenção dos fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: To identify the association between risk factors and postoperative complications in patients undergoing cardiac surgery.

Methods: Documentary, retrospective, analytical, quantitative study with 388 medical records of patients undergoing cardiac surgery. Data collection was carried out between August and September 2018. To check associations between risk factors and complications in the immediate postoperative period, Pearson's chi-square test was used. It used a p-value <0,05.

Results: There was a significant association between risk factors for acute myocardial infarction, heart failure, chronic renal failure, ischemic heart disease, intra-aortic balloon, chronic obstructive pulmonary disease and diabetes mellitus with complications in the immediate postoperative period.

Conclusion: By knowing the risk factors of patients undergoing cardiac surgery with an association with postoperative complications, nurses will be able to carry out an individual care plan in addition to actions to prevent risk factors.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación entre factores de riesgo y complicaciones posoperatorias en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio documental, retrospectivo, analítico y cuantitativo con 388 historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía cardíaca. La recolección de datos se realizó entre agosto y septiembre de 2018. Para verificar las asociaciones entre factores de riesgo y complicaciones en el postoperatorio inmediato, se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Usó un valor de p <0,05.

Resultados: Hubo asociación significativa entre los factores de riesgo de infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, balón intraaórtico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus con complicaciones en el postoperatorio inmediato.

Conclusión: Al conocer los factores de riesgo de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca con asociación a complicaciones posoperatorias, el enfermero podrá realizar un plan de cuidados individualizado además de acciones para prevenir los factores de riesgo.

¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar:

Gutierrez ED, Rocha LP, Castanheira JS, Nauderer TM, Carvalho DP, Juliano LF. Associação entre os fatores de risco e complicações pós-operatórias em cirurgia cardíaca. *Enferm Foco*. 2021;12(3):546-51.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4323

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 27% dos óbitos durante a vida produtiva dos indivíduos, sendo a primeira causa de morte entre os brasileiros. As doenças coronárias (32%), o acidente vascular cerebral (AVC) (28%) e a insuficiência cardíaca (IC), são as principais causas de óbitos no Brasil.^(1,2)

Ao se comparar as causas de óbitos com causas não cardíacas, o percentual de mortes por DCV é maior nas regiões Sul e Sudeste do país.⁽²⁾ Além dos custos indiretos causados pela redução da produtividade, afastamento do trabalho e os efeitos negativos que afetam a qualidade de vida das pessoas e familiares, as DCV destacam-se ainda, os maiores custos de internações e tratamentos no Sistema Único de Saúde (SUS).⁽³⁾

A probabilidade de desenvolver DCV aumenta com a presença dos fatores de risco clássicos como a hipertensão, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo e histórico familiar. Além disso, outros fatores como questões sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais, podem justificar as diferenças na carga de DCV e suas tendências entre as populações ao longo das décadas.⁽⁴⁾

Faz parte das DCV, a doença arterial coronariana (DAC) ou doença isquêmica do coração (DIC). A DAC compreende um conjunto de condições clínicas sintomáticas e assintomáticas que estão relacionadas com a redução de fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco. A doença aterosclerótica das artérias coronárias é uma condição crônica e é a causa mais comum das DCV que progride desde uma longa fase assintomática até angina estável, infarto agudo do miocárdio (IAM) e angina instável. Enquanto que a DAC é a causa mais comum de insuficiência cardíaca (IC), com fração de ejeção ventricular (FEVE) reduzida ou preservada, arritmias ventriculares e parada cardíaca súbita.⁽⁴⁾

O tratamento da DAC é baseado na análise individual. No entanto, quando o tratamento não-farmacológico não está respondendo positivamente, as opções terapêuticas, incluindo o tratamento farmacológico, a angioplastia e a cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) podem ser a escolha.²⁻⁵ As cirurgias cardíacas mais realizadas são a CRM e as correções das valvulopatias.⁽¹⁻⁵⁾ Desse modo, a cirurgia cardíaca é o tratamento de escolha quando a expectativa de vida do paciente é maior com o tratamento cirúrgico do que com o tratamento clínico, e a qualidade de vida ultrapassa as consequências negativas esperadas do procedimento.^(5,6)

Estudo que contemplou 5.000 pacientes de todas as regiões do país, sendo 70% com DCV, evidenciou que 30% dos pacientes não apresentavam controle dos fatores de risco e das comorbidades, apesar de estarem em centros de cardiologia especializados. Com isso, torna-se necessário estar alerta aos pacientes acompanhados na atenção primária, pois pode estar ocorrendo um declínio na detecção e diagnóstico dos fatores de risco na população, o que agrava ainda mais o quadro de saúde dos pacientes.⁽⁷⁾

Sendo assim, independente da fase operatória, as cirurgias cardíacas são complexas e requerem um planejamento adequado em todas as fases. O enfermeiro por sua vez, exerce um papel fundamental no pré, trans e pós-operatório com cuidados diretos ao paciente. Entretanto, especificamente no período pós-operatório, pode ser marcado pela instabilidade do quadro clínico do paciente, principalmente por se tratar de um período de cuidado crítico.⁽⁸⁾ A presença de fatores de risco e complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca, configuram-se como um desafio para os enfermeiros na área cardiovascular, o que justifica a realização desta investigação.

Dessa forma, ao conhecer os fatores de risco que tem associação com as complicações pós-operatórias, a equipe de enfermagem poderá realizar um dimensionamento de pessoal adequado e direcionar os cuidados àqueles com maior potencial para o desenvolvimento de danos maiores, reforçando a importância da elaboração de estratégias para o controle de agravos pós-cirurgia.⁽⁹⁾ Ao realizar esse planejamento, a equipe de enfermagem trará segurança para o paciente e melhor qualidade do cuidado, corroborando com a assistência de enfermagem na elaboração de protocolos com condutas sistematizadas, a fim de promover trabalho preventivo integrado ao tratamento clínico.^(8,9)

Diante da importância e complexidade do paciente submetido à cirurgia cardíaca, emergiu o seguinte questionamento: Qual a associação entre os fatores de risco e complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca? Assim, o presente estudo tem por objetivo identificar a associação entre os fatores de risco e as complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital

de médio porte, referência em cardiologia, no sul do Rio Grande do Sul.

A amostra do estudo foi composta por prontuários de pacientes que realizaram cirurgia cardíaca. Os critérios de inclusão dos prontuários foram compreender o período entre janeiro de 2013 a dezembro de 2017; pacientes que realizaram algum tipo de cirurgia cardíaca; e idade maior ou igual a 18 anos. Como critérios de exclusão elencou-se: prontuários ilegíveis, que não permitiam a identificação correta das informações e/ou informações incompletas.

Para a realização do cálculo amostral, considerou-se o número de procedimentos/ano = 240. Utilizando o programa StatCalc do EpiInfo versão 7, empregou-se o nível de confiança de 95%, obtendo-se uma amostra mínima de 291 prontuários. A seleção da amostra ocorreu de forma não probabilística por conveniência, revisando-se 391 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca nos últimos cinco anos (2013-2017). Dos 391 prontuários revisados, três foram excluídos por estarem com as informações incompletas, constituindo a amostra final 388 prontuários.

A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2018, por uma equipe de coleta de dados previamente treinada. Os prontuários em papel foram revisados manualmente no próprio Serviço de Arquivamento Médico (SAME) da instituição hospitalar. Para a coleta dos dados utilizou-se um instrumento estruturado para levantamento de informações que contemplavam as características do paciente (sexo, idade, ocupação, cidade de origem); história clínica (tabagismo, HAS, DM, história prévia de infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), insuficiência renal crônica (IRC), cardiopatia isquêmica, balão intra-aórtico (BIA), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e informações da cirurgia (tipo de cirurgia cardíaca realizada e tipo de complicação no pós-operatório imediato).

Os dados foram digitados e organizados utilizando a técnica da dupla digitação para controle de qualidade dos dados e posteriormente submetida à análise estatística por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* versão (SPSS) versão 21.0, no qual foram tabulados e analisados a partir da estatística descritiva e inferencial, e apresentados sob a forma de tabelas. Para garantir o anonimato dos pacientes, os instrumentos foram identificados através de números e os dados tratados de forma agrupada. Na análise descritiva realizaram-se frequências absolutas e relativas; média, desvio padrão, máximo e mínimo. Na análise estatística inferencial, utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson para verificar associações entre fatores de risco e complicação no pós-operatório imediato.

Foi considerado o nível de significância de 5% para todos os testes estatísticos ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE: 90845518.9.3002.5303. O estudo envolveu a análise manual dos prontuários, logo, não existindo riscos a instituição, aos profissionais e aos pacientes. Foi solicitado a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de coleta de dados secundário, utilizando-se, portanto, o Termo de Confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

Dos 388 participantes, 257 (66,2%) foram identificados como do sexo masculino, possuíam mediana de 61 anos de idade, com idade mínima de 21 anos e idade máxima de 89 anos. Quanto à ocupação, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBPO), 169 (43,6%) eram aposentados e 48 (12,4%) donas de casa. Quanto à procedência, observou-se que 285 (73,5%) eram procedentes da cidade do Rio Grande, Rio Grande do Sul.

Quanto aos procedimentos realizados, identificou-se que a maior frequência de cirurgia foi a CRM, seguida de troca valvar aórtica, cirurgia combinada (CRM + outro procedimento) e CRM + carótida, conforme a tabela 1. A fração de ejeção indica a capacidade funcional do ventrículo esquerdo que pode ser alterada nas doenças cardíacas, principalmente as isquêmicas. A FEVE está classificada em FEVE normal ($\geq 50\%$), denominada IC com fração de ejeção preservada, FEVE reduzida ($< 40\%$).¹⁰ Em relação à FEVE, 251 (64,7%) apresentavam FEVE normal e 91 (23,5%) reduzida.

Tabela 1. Procedimentos realizados com maior frequência no local do estudo

CRM n(%)	Troca valvar aórtica n(%)	Cirurgia combinada n(%)	CRM + carótida n(%)
273 (70,4)	32(8,2%)	27(7,0)	8 (2,1)

CRM - Cirurgia de Revascularização do miocárdio

Das principais complicações apresentadas pelos pacientes no pós-operatório imediato, 9 (2,3) apresentaram sangramento, 6 (1,5%) hipotensão e 6 (1,5) agitação psicomotora. O teste Qui-quadrado de *Person* verificou associação significativa entre ocupação e IAM ($p = 0,021$), ocupação e DM ($p = 0,010$) e entre sexo e tabagismo ($p = 0,007$). Não foi verificada associação significativa entre ocupação ou sexo e outros fatores de risco. De acordo com a tabela 2, os únicos fatores de risco que não apresentaram complicações no pós-operatório foram tabagismo e HAS, os demais fatores de risco que apresentaram diferença significativa estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Associação entre os fatores de risco e complicações no pós-operatório imediato

Fatores de risco	Complicação POI sim n(%)	Complicação POI não n(%)	p-value
Tabagista			
Sim	14(14,9)	110(110,8)	0,578
Não	22 (18,2)	132(135,2)	
DM			
Sim	19(16,0)	144(188,6)	0,029*
Não	27(29,1)	220(215,4)	
HAS			
Sim	36(39,9)	300(295,6)	0,296
Não	9(5,1)	33(37,5)	
IAM			
Sim	11(12,9)	99(95,9)	0,000*
Não	34(32,0)	237(237,2)	
IC			
Sim	4(2,8)	20(20,9)	0,000*
Não	42(42,2)	316(313,1)	
IRC			
Sim	5(2,1)	12(15,7)	0,000*
Não	41(43,4)	327(321,8)	
Cardiopatia Isquêmica			
Sim	9(10,0)	76(74,1)	0,000*
Não	37(35,2)	261(260,8)	
BIA			
Sim	1(0,7)	5(5,2)	0,000*
Não	45(44,6)	333(330,5)	
DPOC			
Sim	5(2,6)	17(19,2)	0,000*
Não	39(42,6)	322(315,7)	

*p < 0,05 referente ao Qui-quadrado de Pearson; DM - Diabetes Mellitus; HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica; IAM - Infarto Agudo do Miocárdio; IC - Insuficiência Cardíaca; IRC - Insuficiência Renal Crônica; BIA - Balão Intra-aórtico; DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DISCUSSÃO

O elevado número de pessoas acometidas por DCV a cada ano, tem contribuído para o aumento do número de cirurgias cardíacas. Sendo assim, quando há obstrução com impossibilidade da recuperação eficaz da perfusão miocárdica e oclusão das artérias coronárias, o procedimento mais utilizado nesse caso é a CRM.^(11,12)

Neste estudo a CMR foi o procedimento realizado com maior frequência (70,4%) e os homens compreenderam o maior número de pacientes que realizaram cirurgia (66,2%). Levando em consideração raça/etnia e gênero, nos Estados Unidos, quase metade dos procedimentos de CRM (46,5%) foram realizados em homens brancos, enquanto as mulheres brancas tiveram a segunda maior participação em procedimentos gerais de CRM com 16,9%. Enquanto na raça negra, os homens (58,1%) também foram os mais submetidos à CRM do que as mulheres (41,9%).⁽¹³⁾

Em pesquisa realizada no Reino Unido com 1.271 pacientes, também houve predominância do sexo masculino (79,5%).⁽¹⁴⁾ Tal fato pode indicar que as mulheres apresentam menos incidência de eventos cardiovasculares, o que pode estar relacionado com a função protetora do estradiol, ainda que, no período pós-menopausa, a súbita queda

nos níveis de estrogênio tenha associação ao elevado risco cardiovascular.⁽¹⁵⁾

Quanto a ocupação, identificou-se que os participantes eram em sua maioria aposentados e donas de casa. Sabe-se que devido à crescente prevalência da DAC e o aumento da sobrevida, há cada vez mais pacientes longevos e em condição de aposentadoria que necessitam de cirurgia cardíaca.⁽¹⁶⁾

Depois da CRM, a cirurgia valvar é a cirurgia cardíaca mais realizada no Brasil e no mundo.^(17,18) Neste estudo, a segunda cirurgia cardíaca realizada com maior frequência foi a troca valvar aórtica (8,2%). A estenose aórtica é a anormalidade da válvula cardíaca mais comum e que leva os pacientes à substituição da válvula aórtica, sendo mais frequente em pacientes idosos devido a calcificações associadas ao tabagismo, dislipidemia e HAS.⁽¹⁹⁾ Além disso, o sexo masculino é um fator de risco para a estenose aórtica.⁽²⁰⁾

Enquanto que a insuficiência mitral está presente na doença reumática, sendo mais frequente em pacientes jovens,⁽¹⁹⁻²¹⁾ neste estudo a cirurgia de troca valvar mitral foi a menos frequente (7%). Além disso, ao analisar as diferenças específicas por sexo entre os três tipos de doenças mais prevalentes, as mulheres apresentam uma taxa significativamente maior de doença reumática do que os homens.⁽²²⁾

Após o IAM, modificações na mecânica cardíaca podem ocasionar insuficiência cardíaca devido à dilatação do ventrículo esquerdo e redução da FEVE, causando impacto na classe funcional.⁽¹⁻⁴⁾ A FEVE é mensurada através da ecocardiografia e fornece informações sobre as limitações causadas pela doença na capacidade funcional e na função cardiovascular do paciente.⁽¹⁰⁾ Neste estudo, 64,7% dos pacientes apresentavam FEVE normal e 91 (23,5%) reduzida. Estudo sugere que quanto mais comprometido o desempenho cardíaco, menor a FEVE, dessa forma, os achados sugeriram que os pacientes apresentavam um bom desempenho cardíaco, pois a maior parte apresentava FEVE normal.⁽¹⁰⁾

As condições de saúde do paciente antes da realização da cirurgia têm um papel importante na sua recuperação. Além disso, o elevado número de comorbidades associadas aos fatores de risco como idade avançada, FEVE e cirurgias prévias, contribuem para o desenvolvimento de complicações no pós-operatório e necessidade de maior permanência na unidade de terapia intensiva, o que corrobora também para o aumento dos custos hospitalares.⁽²³⁾

Neste estudo, os fatores de risco e complicações pós-operatórias com associação estatisticamente significativa (p=0,000) foram: IAM, IC, IRC cardiopatia isquêmica, BIA, DPOC e DM (p=0,029). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo internacional que teve como objetivo avaliar a associação dos fatores de risco dos

pacientes e as complicações pós-operatórias, apontando que a ocorrência de fatores de risco no pré-operatório teve associação com a presença de complicações durante o período pós-operatório e internação hospitalar.⁽²⁴⁾

As complicações pós-operatórias podem atingir diversos sistemas. Dentre algumas complicações comuns do pós-operatório de cirurgia cardíaca, pode-se destacar o débito cardíaco diminuído, baixa perfusão periférica, acidente vascular encefálico, hemorragia, pericardite e sepse.⁽⁶⁾ Neste estudo, as complicações de maior ocorrência foram: sangramento (2,3%), hipotensão (1,5%) e agitação psicomotora (1,5%). Dessa forma, o enfermeiro deve intensificar a vigilância devido a estas e outras complicações que podem ocorrer em diferentes sistemas do organismo.⁽⁶⁾

Ao conhecer a associação dos fatores de risco e das complicações pós-operatórias dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, os enfermeiros poderão redirecionar as condutas a serem desenvolvidas, diminuir as complicações reversíveis no pós-operatório, bem como atuar na prevenção desses fatores de risco, reduzindo assim, o tempo de internação e os custos hospitalares.⁽⁶⁾

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, por ser um estudo documental a falta de registros de alguns prontuários comprometeu a utilização de toda amostra. Outra limitação, é que o estudo foi realizado em um único hospital. Assim, sugere-se estudos futuros com amostras maiores que contemplem também outros hospitais.

Nossos resultados apontam para a necessidade rigorosa de controle dos fatores de risco antes do procedimento cirúrgico. O estímulo ao controle dos fatores de risco é uma ação importante de promoção da saúde, principalmente no contexto dos pacientes com doenças cardiovasculares.

CONCLUSÃO

Os fatores de risco que apresentaram associações estatísticas significativas com complicações pós-operatórias foram IAM, IC, IRC, cardiopatia isquêmica, BIA, DPOC e DM. Conclui-se que ao conhecer os fatores de risco dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, os enfermeiros podem implementar planos de cuidados individuais que contemplem o paciente de forma integral, abrangendo o período pós-operatório de cirurgia cardíaca, no qual as complicações se intensificam. Além disso, é necessário o controle e identificação dos fatores de risco antes do tratamento cirúrgico, com vistas à reduzir o risco de complicações pós-operatórias.

Contribuições

Concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito: Évilin Diniz Gutierrez, Deciane Pintanela de Carvalho e Laís Farias Juliano. Aprovação da versão a ser publicada: Laureize Pereira Rocha, Janaina Sena Castanheira e Tais Maria Nauderer.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira GM, Brant LC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC, et al. Estatísticas Cardiovasculares - Brasil 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2020;115(3):308-439.
2. Costa LR, Passos EV, Silvestre OM. O Redescobrimto do Brasil Cardiovascular: Como Prevenimos e Tratamos a Doença Cardiovascular em Nosso País. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(1):117-8.
3. Malta DC, Pinheiro PC, Teixeira RA, Machado IE, Santos FM, Ribeiro AL. Estimativas do Risco Cardiovascular em Dez Anos na População Brasileira: Um Estudo de Base Populacional. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(3):423-31.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787-891.
5. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, Benedetto U, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur. heart j.* 2019;40(2):87-165.
6. Aneman A, Brechot N, Brodie D, Colreavy F, Fraser J, Gomersall C. Advances in critical care management of patients undergoing cardiac surgery. *Intensive Care Med.* 2018;44:799-810.
7. Barros e Silva PG, Berwanger O, Precoma DB, Cavalcante MA, Vilela-Martin JF, Figueiredo EL, et al. Avaliação do seguimento de 1 ano dos pacientes incluídos no Registro da Prática Clínica em pacientes de alto risco cardiovascular (REACT). *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(1):108-116.
8. Ribeiro KR. Pós-operatório de revascularização do miocárdio: complicações e implicações para enfermagem. *Rev Fund Care.* 2018;10(1):254-9.
9. Gutierrez ED, Rocha LP, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem EL, Dalmolin GL, Passos CM. Cirurgia cardíaca e o risco de mortalidade a partir do EUROSCORE II. *Res Soc Dev.* 2020;9(4):e66942869.
10. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2018;111(3):436-539.
11. Evangelista WA, Vasconcelos EE, Brito DG, Lacerda ED, Rodrigues LG, Silva KM. Circulação extracorpórea: percepção de graduandos acerca da atuação do enfermeiro. *Cad Saúde Coletiva.* 2021;11(62):5050-5.
12. Melo LD, Silva DA, Jeremias JS. Cuidados intensivos sistematizados ao paciente em pós-operatório cardíaco. *Rev Fund Care.* 2021;3:467-76.
13. Becker ER, Granzotti AM. Trends in In-hospital Coronary Artery Bypass Surgery Mortality by Gender and Race/Ethnicity -1998-2015: Why Do the Differences Remain? *J Natl Med Assoc.* 2019;111(5):527-39.

14. Sharma V, Wilson W, Smith W, McEntergart M, Oldroyd K, Sidik N, et al. Comparison of characteristics and complications in men versus women undergoing chronic total occlusion percutaneous intervention. *Am J Cardiol.* 2016;119(4):535-41.
15. Mertins SM, Kolankiewicz AC, Rosanelli CL, Loro MM, Poli G, Winkelmann ER, et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Av Enferm.* 2016;34(1):30-8.
16. Braz NJ, Evangelista SS, Evangelista SS, Garbaccio JL, Oliveira AC. Infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas: uma análise do perfil epidemiológico. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018;8:e1793.
17. Zilli AC, Guizilini S, Rocco I, Espírito Santo JA, Berwanger O, Kalil RA, et al. Valve Heart Surgery in Brazil - The BYPASS Registry Analysis. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2020;35(1):82-90.
18. Goel H, Kumar A, Garg N, Mills JD. Men Are From Mars, Women Are From Venus: Factors Responsible for Gender Differences in Outcomes After Surgical and Trans-catheter Aortic Valve Replacement. *Trends Cardiovasc Med.* 2019;31(1):34-46.
19. Tarasoutchi F, Momtera MW, Grinberg M, Barbosa MR, Piñeiro DJ, Sánchez CR, et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2017. *Arq Bras Cardiol.* 2017;97(5):11-67.
20. Saeed S, Vamvakidou A, Seifert R, Khattar R, Li W, Senior R. The impact of aortic valve replacement on survival in patients with normal flow low gradient severe aortic stenosis: a propensity-matched comparison. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging.* 2019;20(10):1094-101.
21. Xavier RM, Azevedo VM, Godoy PH, Migowski A, Ribeiro AL, Chaves RB, et al. Medium-term outcomes of 78,808 patients after heart valve surgery in a middle-income country: a nationwide population-based study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017;17(1):302.
22. Vakamudi S, Jellis C, Mick S, Wu Y, Gillinov AM, Mihaljevic T, et al. Sex Differences in the Etiology of Surgical Mitral Valve Disease. *Circulation.* 2018;138(16):1749-51.
23. Barbosa JL, Thiers CA, Cunha CF, Moutella J, Tura BR, Orsi GP, et al. Impact of Risk Factors for Coronary Artery Disease on Hospital Costs of Patients Undergoing Myocardial Revascularization Surgery in the Brazilian Unified Health System (SUS). *Int. J Cardiovasc Sci.* 2018;31(2):90-6.
24. Wrobel K, Stevens SR, Jones RH, Selzman CH, Lamy A, Beaver TM, et al. Influence of Baseline Characteristics, Operative Conduct, and Postoperative Course on 30-Day Outcomes of Coronary Artery Bypass Grafting Among Patients With Left Ventricular Dysfunction. *Circulation.* 2015;132(8):720-30.

MAPA CONCEITUAL: REPRESENTAÇÃO SOCIAL NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

CONCEPTUAL MAP: SOCIAL REPRESENTATION IN NURSING GRADUATION

MAPA CONCEPTUAL: REPRESENTACIÓN SOCIAL EN GRADUACIÓN DE ENFERMERÍA

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida¹ (<https://orcid.org/0000-0002-4984-3928>)

Ana Paula de Assis Sales¹ (<https://orcid.org/0000-0002-1327-5383>)

Aline Moraes da Silva¹ (<https://orcid.org/0000-0002-1747-1939>)

Priscila Maria Marcheti¹ (<https://orcid.org/0000-0002-1662-4139>)

Silvana de Castro Souza¹ (<https://orcid.org/0000-0001-5276-6401>)

Beatriz Maria Jorge¹ (<https://orcid.org/0000-0002-9203-4691>)

Descritores

Aprendizagem baseada em problemas; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino; Tutoria

Descriptors

Problem based learning; Learning; Nursing; Teaching; Tutoring

Descriptores

Aprendizaje basado en problemas; Aprendizaje; Enfermería; Enseñanza; Tutoria

Recebido

21 de Agosto de 2020

Aceito

24 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida
E-mail: rgclaretiano@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Compreender as representações sociais do uso de mapas conceituais em grupo tutorial de estudantes de enfermagem.

Métodos: Pesquisa qualitativa, feita a partir da análise do Discurso do Sujeito Coletivo de 26 estudantes de uma universidade pública no Centro-Oeste do Brasil.

Resultados: Emergiram duas categorias provenientes da análise do discurso: 1) Mapa Conceitual: ferramenta facilitadora de organização da aprendizagem e 2) Mapa Conceitual: ferramenta que provoca tensão e desfavorece o aprendizado.

Conclusão: O mapa conceitual facilita o auto estudo e a aprendizagem, pois possibilita a sintetização do conhecimento e a organização do raciocínio. Quanto à sua utilização coletiva, observou-se falhas em relação ao tempo gasto na elaboração e na necessidade de encontrar palavras de ligação.

ABSTRACT

Objective: To understand the social representations of the use of concept maps in a tutorial group of nursing students.

Methods: Qualitative research, based on the Collective Subject Discourse analysis of 26 students from a public university in the Midwest of Brazil.

Results: Two categories emerged from the discourse analysis: 1) Concept Map: a facilitating tool for learning organization and 2) Concept Map: a tool that causes tension and disadvantages learning.

Conclusion: The concept map facilitates self-study and learning, as it enables the synthesis of knowledge and the organization of reasoning. Regarding their collective use, there were flaws in the time spent in elaboration and in the need to find linking words.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las representaciones sociales del uso de mapas conceptuales en un grupo tutorial de estudiantes de enfermería.

Métodos: Investigación cualitativa, basada en el análisis del discurso del sujeto colectivo de 26 estudiantes de una universidad pública en el medio oeste de Brasil.

Resultados: Del análisis del discurso surgieron dos categorías: 1) Mapa conceptual: una herramienta facilitadora para la organización del aprendizaje y 2) Mapa conceptual: una herramienta que causa tensión y desventajas del aprendizaje.

Conclusión: El mapa conceptual facilita el autoaprendizaje y el aprendizaje, ya que permite la síntesis del conocimiento y la organización del razonamiento. Con respecto a su uso colectivo, hubo fallas en el tiempo dedicado a la elaboración y en la necesidad de encontrar palabras de enlace.

¹Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

Como citar:

Almeida RG, Sales AP, Silva AM, Marcheti PM, Souza SC, Jorge BM. Mapa conceitual: representação social na graduação de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(3):552-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4335

INTRODUÇÃO

A educação em enfermagem como profissão tem sua origem a partir do final do século XIX durante a guerra da Criméia. Desde então, as escolas de enfermagem em nível mundial são idealizadas e desenvolvem seus padrões de aprendizagem, centradas no modelo biomédico e hospitalocêntrico, tendo, uma hierarquia relacionada ao conhecimento empírico da profissão.⁽¹⁾

No Brasil, a primeira escola de Enfermagem foi criada em 1923 (Rio de Janeiro) com a mesma concepção das escolas europeias. No contexto do hospital e na prática hierárquica da educação tradicional que os profissionais eram formados. Ao longo do século XX, a enfermagem se transforma e quebra diferentes paradigmas profissionais e de ensino, traduzidos nas concepções da forma de ensinar e aprender. Estas concepções buscam um modelo de ensino-aprendizagem mais humanista. Inicia-se então, a discussão sobre a dualidade entre pedagogia tradicional (centrada em armazenamento de conteúdo, sem a reflexão do sujeito que aprende sobre o que está aprendendo) e construtivista (o ensino-aprendizagem permite reflexões e um diálogo vivo com aquilo que se aprende, ou seja, os conteúdos têm que ter relação com a vida real).⁽²⁾

Nesse sentido, as escolas de enfermagem baseadas nas leis de diretrizes de base para a educação e nas necessidades de avançar no cuidado mais holístico à pessoa e toda sociedade, ao longo dos séculos XX e XXI, tiveram seus currículos reestruturados para atender a essas demandas. Dentre os métodos de ensino construtivistas, percebe-se na área de enfermagem a adoção de diferentes modelos de ensino-aprendizagem, como: *Problem Based Learning* (PBL) e Metodologia da Problematização.⁽³⁾

No PBL são constituídos grupos tutoriais, em que é apresentado um problema pré-elaborado por especialistas, vinculado ao conteúdo curricular, seguindo-se sete passos: leitura do problema e esclarecimento dos termos desconhecidos; identificação dos problemas propostos; formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados; resumo das hipóteses; formulação dos objetivos de aprendizagem; estudo individual e retorno ao grupo tutorial para rediscussão dos problemas com base nos novos conhecimentos.⁽⁴⁾

No grupo tutorial, o papel do professor/tutor é de mediar a construção do conhecimento, a partir da consideração das experiências prévias e construções cognitivas que os alunos já trazem. Nesse contexto, o tutor, juntamente com o grupo, eleger um coordenador e um secretário. Eles são as figuras centrais da dinâmica tutorial e conduzem o processo ensino-aprendizagem, ancorados na figura do tutor, que o estimulam a exercer a autonomia de tais papéis.⁽⁵⁾

Já a Metodologia da Problematização consiste na observação da realidade, levantamento de pontos-chaves e seus determinantes, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade de forma a compreender desfechos do cotidiano.⁽⁶⁾

No emprego de métodos ativos (PBL e Metodologia da Problematização), também é possível à utilização de estratégias pedagógicas para facilitar e otimizar o desempenho discente, são exemplos: mapa conceitual (MC), mapa mental e tempestade cerebral (*Brainstorm*), dentre outras. O MC, especificamente, consiste na elaboração de um esquema representativo de conceitos para a elaboração de proposições, referentes ao conteúdo a ser aprendido. A enfermagem tem se valido dessa ferramenta, pois possibilita ao aprendiz a capacidade de formulação de pensamento crítico, a resolutividade de problemas, as sínteses conceituais, a formulação de um planejamento de cuidado e a avaliação da assistência do cuidado.⁽⁶⁾

As novas formas de educação devem inverter as ênfases tradicionais de ensino. Ao invés de ensinar às pessoas fatos sobre outras coisas, devemos ensinar-lhes fatos sobre elas próprias – fatos sobre a forma de como podem aprender, pensar, lembrar, criar e resolver problemas. Este modelo atual construtivista do saber tem se mostrado muito importante para liberar o potencial criativo dos estudantes e facilitar a aprendizagem significativa, oposta à memorística por recepção mecânica. Essa nova forma de aprender desperta a criatividade dos aprendizes, tornando-os mais proativos do que reativos.⁽⁷⁾

Assim sendo, este estudo busca contribuir para melhor compreensão sobre o processo de ensino-aprendizagem sob a ótica da utilização da estratégia do mapa conceitual. O interesse nessa temática surgiu em um curso de graduação de enfermagem de uma universidade pública do Centro-Oeste do país, cujo currículo é estruturado na metodologia PBL e utiliza o MC como ferramenta pedagógica de apoio ao ambiente tutorial. A partir das reflexões dos alunos após o fechamento de cada tutoria acerca da primazia ou vileza de sua utilização, sentiu-se a necessidade de verificar as representações sociais desta ferramenta entre os envolvidos e registrá-las.

O presente estudo teve como objetivo compreender as representações sociais do uso de mapas conceituais em grupo tutorial de estudantes de enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, que segue as recomendações dos Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa

Qualitativa (COREQ) e adota a análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como marco teórico-metodológico e fundamentado pela teoria da representação social. Esta é entendida por esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitirem, no seu cotidiano, juízos ou opiniões a partir de uma realidade comum a um conjunto social.^(8,9)

O estudo foi realizado em uma Universidade Pública do Centro-Oeste do país, que, desde 2009, utiliza o PBL como referencial metodológico em seu currículo. Com a implementação deste referencial, adotou-se a estratégia pedagógica de MC coletivo junto do ambiente tutorial como uma ferramenta que pudesse favorecer a condução do grupo. O MC, então, era desenvolvido pelos estudantes na abertura do problema (conhecimento empírico), e, a partir dele os alunos desenvolviam os objetivos de aprendizagem. No fechamento do problema, a resolução dos objetivos e o MC eram revistos e reorganizados de acordo com o conhecimento teórico adquirido neste processo.

No início do semestre todos os alunos de um curso de graduação em enfermagem (44 sujeitos) matriculados no módulo de Dimensões do Cuidar em Enfermagem II (3º semestre) foram convidados a participar do projeto de pesquisa “Metodologias ativas para o ensino de enfermagem: investigação de suas evidências” cujo objetivo foi investigar diversas ferramentas pedagógicas utilizadas na formação em enfermagem. Com relação ao MC destaca-se que todos os estudantes ao ingressarem no curso recebem capacitação para sua utilização. E quanto aos professores, estes receberam capacitação pedagógica para estruturação de tal ferramenta, e na prática usufruem dos seguintes recursos materiais para implementação: pincel e lousa branca. Os critérios de inclusão para este estudo foram: estar regularmente matriculado no módulo de Dimensões do Cuidar em Enfermagem II e comparecer para realização da entrevista e data e horário estipulado. E o critério de exclusão foi: alunos com menos de 70% de frequência ou que desistiram de cursar o módulo. Ao final do semestre todos os 44 alunos estavam aptos a participar da pesquisa, porém apresentaram interesse em contribuir com o estudo apenas 26 alunos.

Em data e horário pré-agendados, os alunos compareceram a uma reunião para esclarecimento de dúvidas e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Participaram da coleta de dados todos os autores (professores do módulo de Dimensões do Cuidar em Enfermagem II) sendo estes previamente treinados por meio de um teste piloto. Faz-se importante destacar que no módulo Dimensões do Cuidar em Enfermagem II os alunos foram divididos em cinco grupos tutoriais, sendo cada grupo conduzido por um docente. Para que não houvesse

viés na investigação e constrangimento ético por parte dos participantes a distribuição da realização das entrevistas foi controlada de modo a não permitir que nenhum docente entrevistasse algum aluno do seu próprio grupo tutorial.

Cada pesquisador realizou as orientações individuais em sala privada, e as entrevistas ocorreram em um único momento, por meio de gravação de áudio que duraram cerca de 15 minutos cada.

As entrevistas foram norteadas pela questão: “Como ocorre a aprendizagem no momento do grupo tutorial com o uso de MC?”.

As gravações oriundas das entrevistas foram, transcritas e posteriormente categorizadas/organizadas. Os arquivos de áudio foram posteriormente apagados, conforme preceitos éticos de sigilo. Para análise dos dados, utilizou-se o *software* DSCsoft (disponível em Biblioteca Virtual em Saúde - BVS). A partir dos discursos, ocorreu a produção das expressões-chave (E-ch), ideias centrais (ICs) e a ancoragens (ACs), possibilitando a produção de duas categorias, permeadas por valores, crenças e ideologias convergentes na vivência do contexto de ensino-aprendizagem, a saber:

- DSC: (1) MC: uma ferramenta facilitadora de organização da aprendizagem;
- DSC: (2) MC: uma ferramenta que provoca tensão e desfavorece o aprendizado.

Em relação ao DSC, este considera, em sua formulação, as diferenças individuais de cada sujeito quanto à percepção de fenômenos, contextos, situações e experiências cotidianas, para, no traduzir-se, trazer aquilo que se aproxima e se distancia na interpretação do coletivo de determinado grupo. A partir daí, são extraídas as expressões-chave e as ideias centrais, bem como as ancoragens que culminam em categorias de análise coletivas, que são as representações sociais. Após a extração das expressões-chave, os trechos mais significativos dessas respostas são as ideias centrais e a síntese do conteúdo discursivo manifestado. Esse conteúdo serve para a construção dos discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, que expressam o pensamento de um coletivo, transformado em um discurso individual.⁽¹⁰⁾

Por sua vez, a teoria das representações sociais e seu sustentáculo está na dialética expressa entre indivíduo e sociedade, por meio da expressão simbólica psicossocial, e a partir da reconstrução do sujeito diante de um objeto que experiência, vive e representa a atitude ou ação efetiva que se dá nessa reconstrução.⁽¹⁰⁾

Sendo assim, considera-se que o discurso individual que emerge do sujeito demonstra também aquelas

representações compartilhadas socialmente e que formam o discurso coletivo.⁽⁶⁾

Respeitou-se os preceitos da Resolução nº 466/12, coletando-se os dados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer número 2.865.852/2018 e assinatura do TCLE. Todos os aspectos éticos foram mantidos e cada participante foi nomeado com a letra (E) e um número (E1), sucessivamente até E26.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 26 estudantes do terceiro semestre do curso de graduação em enfermagem. Quanto ao sexo, 21 (80,7%) eram do sexo feminino e 05 (19,3%) do sexo masculino, sendo a média de idade de 20 anos. Com relação à raça, predominaram os que se designaram brancos, 13 (50%), seguidos dos pardos, 09 (34,6%), e negros, 04 (15,4%). A maioria, 17 (65,3%), cursou o ensino fundamental e médio em escola pública; 18 (69,3%) ingressaram na universidade através do Sistema de Seleção Unificada (SISU) e 08 (30,7%) ingressaram através de políticas afirmativas (cotas raciais e sociais). No que diz respeito ao método de ensino (PBL), nenhum dos participantes tiveram proximidade com sua utilização antes de adentrar na universidade; 03 (11,5%) sabiam que o curso de enfermagem da universidade pesquisada empregava essa metodologia de ensino e apenas 01 (3,8%) relata não se identificar com este método de ensino.

Quanto às representações sociais, emergiram duas categorias provenientes da análise do DSC, descritas a seguir:

Categoria 1 – MC: uma ferramenta facilitadora de organização da aprendizagem

Eu acredito que eu consigo melhor com o MC, porque eu consigo desenhar, fazer algo mais colorido, então ajuda um pouco na hora de estudar, assim é uma coisa que é legal é um instrumento bom, acho bom pra poder revisar depois todo problema, porque se você ler realmente você consegue, porque as ideias centrais estão no MC. É uma forma de organizar as ideias...você constrói ali, né? O raciocínio. A vantagem do MC é que deixa tudo mais limpo, assim, você consegue seguir uma ideia, sempre gostei a parte boa que eu sempre achei foi quando eu me sentia perdido nos estudos, não sabia pra onde direcionar, acho que organiza melhor no final a discussão. Eu gosto bastante de trabalhar com o MC, porque ele fica ali daí você olha e você tem uma base do que você precisa realmente procurar. A gente acaba discutindo bastante os conceitos

na ordem cronológica dos eventos, aí você vai interligando as coisas, bastante interessante. Quando você vai fazer uma prova, olho o MC assim, está tudo sintetizado, acho que isso é o principal, dá um norte pra sair os objetivos, por mais que a gente perca bastante tempo. Sempre gostei do MC, porque ele nos auxilia a achar os objetivos. Sempre achei isso, sempre achei muito bom (E1, E2, E4, E6, E7, E8, E13, E17, E21, E23).

A categoria 1 apresenta o MC como uma ferramenta pedagógica de grande valia entre as metodologias ativas de aprendizagem. A partir dos discursos dos alunos percebe-se que o MC é uma estratégia que possibilita a utilização da criatividade para o entendimento de conceitos, à liberdade de expressão que valoriza o conhecimento prévio, apresenta-se como um instrumento de fácil consulta e memorização que permite à operacionalização do pensamento que contribui para o autoestudo e à aprendizagem. À sua construção gradativa em dois momentos, 1) abertura e 2) fechamento da situação problema permite que o aluno estabeleça relação entre o conhecimento empírico e teórico e aprimore sua capacidade de análise crítica.

Categoria 2 – MC: uma ferramenta que provoca tensão e desfavorece o aprendizado

Eu percebo que muitas vezes houve falhas no fechamento do MC, mas às vezes os colegas não sentiram tanto isso, pois o MC de abertura eventualmente não era retomado no fechamento mesmo a gente tendo prática. Mas o maior problema é com relação a abertura do MC, pois não fluía muito, ao invés da gente conseguir passar pra frente, a gente perdia uma ideia, porque tinha que ficar pensando uma palavra de ligação pro MC, aí quando a gente via tinha passado muito tempo e a gente meio perdido e o MC ainda não estava pronto, ao invés de perder desse tempo, poderia ser ocupado pra outros levantamentos de hipóteses e... construção de conhecimento aproveitado pelos alunos. É porque aquela coisa, ah! Achar uma palavra, ah! Onde a gente vai colocar isso, onde vai colocar aquilo, ele toma muito mais tempo. As pessoas não conseguem achar palavras e verbos de ligação, às vezes acontece muita briga entre os alunos, porque eles não concordam com o que tem que ser colocado e tal, talvez um pouco de maturidade, porque as palavras de ligação não são uma coisa tão grande assim, só que as pessoas não conseguem chegar em um consenso sobre o que utilizar e acabam brigando, preferi sem um MC, porque

acho que quando você tem a ideia você já joga, você não perde, não precisa elaborar muito bem ela, então eu acho que surgem mais ideias quando você não precisa elaborar só jogar na chuva de ideias e comprovar no fechamento. Ele atrapalha um pouco em relação ao tempo, teve tutorias que a gente gastou quase duas horas e a professora teve que intervir pra gente conseguir terminar a tempo, discussão desnecessária, sabe? O pessoal foca em coisas que eu acho que não é tão o objetivo do problema, ficam muito presos na construção dele também, tomam muito tempo, aí acaba que algumas ideias vão sendo excluídas pra poder construir o MC de uma forma adequada pra utilizar nos objetivos. Eu acredito que o MC seja desnecessário a um grupo de tutoria, ele nada mais é que assim a... a esquematização de um raciocínio, é um raciocínio esquematizado, você vai olhar pro MC e você vai ver um raciocínio, você vai seguir uma ordem de pensamento que quando você terminar de fazer a leitura daquele MC formou. O problema é que cada pessoa tem uma sequência de raciocínio diferente, um raciocínio, a gente acaba fazendo pessoas que tinham raciocínio diferente entrar naquilo e acaba que nem entende direito o MC, nem utiliza ou que quem realmente participou mais, e que realmente pensa daquele jeito, acaba que se sobressai então fica mais uma discussão entre personalidades do que realmente criação de um raciocínio. O MC é individual, não de todos. (E1, E2, E6, E7, E9, E11, E12).

A categoria 2 demonstra as principais fragilidades do MC dentro do ambiente do grupo tutorial. Por meio dos discursos nota-se que a adaptação da utilização do MC para o coletivo provoca inúmeros desconfortos aos alunos. Percebe-se que a busca por um consenso do grupo tutorial diminui a potencialidade da ferramenta, principalmente com relação ao auto estudo, pois retira a autonomia do aluno. Identifica-se desconforto com relação ao tempo gasto em detalhes da ferramenta como à busca da melhor palavra e ou verbo de ligação entre os elementos e que à falta de maturidade para o trabalho em equipe geram sentimentos que prejudicam o processo de ensino aprendizagem, principalmente no âmbito das metodologias ativas e da aprendizagem significativa.

Foi possível observar, durante as entrevistas, que os estudantes expressaram suas convicções não apenas a respeito da ferramenta MC utilizada no grupo tutorial, mas manifestaram também suas representações acerca do curso de graduação (que estão cursando) e da metodologia de ensino utilizada.

DISCUSSÃO

Desde 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais incentivam mudanças entre os cursos da área da saúde quanto ao método de ensino, na busca de atender às necessidades em saúde da população e aos princípios do SUS.⁽¹¹⁾

Assim, a formação em enfermagem tem se embasado cada vez mais em evidências científicas, na busca de formar um profissional competente, crítico e reflexivo, capaz de desenvolver habilidades cognitivas, técnicas e atitudinais. Ao se considerar as várias formas de aprender, muitos cursos têm procurado revisar sua prática pedagógica e valorizar o uso de metodologias ativas para o ensino, capazes de tornar o aprendizado algo significativo.

Ao longo da construção do conhecimento, cada Instituição de Ensino Superior adota ferramentas no intuito de favorecer o processo de ensino-aprendizagem. Na instituição citada, o MC coletivo tornou-se uma ferramenta de apoio ao ambiente tutorial, percebendo-se aspectos de âmbito positivo e fragilidades na sua utilização.

O MC, assim como em outros estudos, foi considerado um instrumento que facilita o auto estudo e a aprendizagem.⁽¹²⁾ Dentro do ambiente tutorial sua utilização resume e sintetiza a situação problema de modo a facilitar e colaborar nos estudos e avaliações escritas. Se apresenta como uma ferramenta que contribui para organização e construção de raciocínio, o que direciona e estabelece melhor a discussão para o fechamento de cada problema. As discussões dos eventos geralmente ocorrem em ordem cronológica, o que facilita interligar os assuntos para a elaboração dos objetivos e discussão do fechamento do problema.

A organização estrutural do pensamento operacional é de grande relevância para a construção do conhecimento de modo a tornar a aprendizagem significativa, pois permite que o estudante estabeleça conexões entre o conhecimento empírico confrontado com o conhecimento teórico.

Ademais, a utilização do MC na aprendizagem de futuros enfermeiros transpõe o espaço da tutoria, traz aspectos positivos para a vida profissional, considerando que as ações do saber/fazer enfermagem, exige o raciocínio cronológico, a reflexão organizada de dados provenientes da assistência de enfermagem. Neste aspecto, o discurso dos alunos sobre o MC como uma ferramenta de organização de suas atividades de ensino, consolida a organização e raciocínio clínico para o exercício da profissão.

Estudo recente evidenciou que o uso de MC possibilita que o estudante se aproprie e reflita do conteúdo a ser apreendido, a partir de um eixo principal, requer do aluno um conhecimento inicial. Caso o aluno não tenha um conhecimento prévio do conceito estudado, isso poderá

prejudicar o uso de MC e o docente deverá buscar outros meios para desenvolver a atividade.⁽¹³⁾

Nesse contexto, outro estudo visou conhecer as experiências dos alunos do último ano de enfermagem com o uso de MC e sua contribuição para o desenvolvimento do julgamento clínico. Segundo os autores, os alunos acreditam que o MC auxilia a sintetizar a informação, pois há uma rápida visualização do problema e um direcionamento das ações de enfermagem.⁽¹⁴⁾

Com relação à aprendizagem, o trabalho com MC propicia o aprimoramento e a valorização de interesses e conhecimentos. Ademais, promove a parceria entre o professor e estudante, com destaque ao professor como aquele que conduz o processo e indica o caminho a seguir na elaboração do MC. A reflexão sobre a aquisição de conhecimentos possibilita que os estudantes valorizem conhecimentos prévios e ainda permite a reflexão sobre o seu próprio aprendizado.⁽¹⁵⁾

Além da síntese de ideias, o MC foi observado como uma ferramenta que possibilita o desenvolvimento da capacidade de análise crítica. A necessidade de empregar informações adicionais, para explicar conceitos, e raciocínio lógico, para estabelecer relação coerente, com curiosidade, criatividade e flexibilidade de ideias, permite a discussão sobre benefícios da sua utilização no desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e reflexões sobre a prática clínica na área da enfermagem.⁽¹⁶⁾

Quando comparada a utilização do MC com a metodologia tradicional, é demonstrado que há um efeito positivo no desempenho acadêmico dos alunos. Essas evidências fornecem subsídios para estabelecer o MC como uma estratégia de ensino contínuo para estudantes de enfermagem.⁽¹⁷⁾

Referente às fragilidades apontadas pelos participantes quanto à construção do MC de forma coletiva, está o tempo gasto no seu preparo que dificulta a sua utilização no grupo tutorial. Não é comum a elaboração de MC de forma conjunta.

A etapa de se estabelecer conexões por meio das palavras de ligação ou palavras-chave, de forma coletiva demanda tempo, o que pode fazer com que o raciocínio se perca pelo caminho, além de provocar discussões de discordância entre os alunos. Para minimizar tal problemática os estudantes possuíam dentro da sala de tutoria uma lista de palavras de ligação e palavras-chave, porém às diferentes formas de raciocínio, tornavam a discussão mais voltada às características de personalidade de cada participante, o que desfavorecia a construção de conhecimentos.

Esses achados também são verificados em outro estudo, que destaca o longo tempo exigido na construção

do MC, além da incerteza sobre quais informações incluir como conectores entre os conceitos.⁽¹⁸⁾

Por ser o MC uma construção cognitiva individual e sistematizada, a construção de um MC, por meio de modelos mentais individuais com conhecimentos prévios divergentes, é suscetível de desconforto, conforme relatado por alguns participantes do presente estudo. Ao discutir o MC coletivo, uma vez que esse é baseado na hierarquização de conceitos, as imagens mentais individuais destoam. Portanto, a utilização do MC coletivo, no grupo estudado, não se mostrou integralmente efetiva no processo de ensino-aprendizado.

As metodologias ativas valorizam a aprendizagem individual construída para a formação em pequenos grupos. Porém, uma das condições para que ocorra esse tipo de aprendizagem é que exista uma troca de significados e também uma troca de sentimentos, e essa predisposição para aprender está intimamente relacionada à experiência afetiva que o aluno tem no evento educativo.⁽¹⁹⁾

O aprendizado coletivo por meio do MC, como descrito por alguns participantes do estudo é revestido de dificuldades, o que gera conflitos e desconforto no grupo tutorial. Neste sentido, faz-se essencial o papel de tutor/facilitador, considerando aspectos como, maturidade cognitiva, experiências anteriores em grupos tutoriais e fase de aprendizagem que estão inseridos no curso, oportunizando a avaliação final de cada momento tutorial para melhoria do espaço de aprendizagem.

Tais premissas estimuladas no grupo, são capazes de promover um ambiente menos desconfortável, mais tolerante e de respeito, que favoreçam o aprender a ser e a conviver, premissas de uma formação significativa.

A aprendizagem significativa, de acordo com a teoria cognitivista, ocorre com base em conhecimentos já estabelecidos na estrutura cognitiva dos aprendizes, por intermédio de suas experiências com o meio e seus conhecimentos prévios. As novas experiências e informações são aprendidas e retidas na memória na medida em que esses conceitos se tornam significativos, pois se tornam claros e disponíveis na estrutura cognitiva e funcionam como pontos de ancoragem para os novos conceitos e conhecimentos.⁽²⁰⁾

Nesse cenário, a utilização de estratégias de ensino com enfoques na aprendizagem significativa individuais, nas quais é possível identificar conceitos relevantes, saber interpretá-los e ter a capacidade de fazer novas associações na busca de resoluções de problemas, favorece a aprendizagem.

Tais estratégias vão ao encontro das DCN para a área da saúde e proporcionam o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, competências que cabem

ser monitoradas através de avaliações formativas e processuais pelo professor.

Este estudo teve como limitação o fato de seu desenvolvimento ocorrer em um semestre do curso de graduação de enfermagem.

Fundamentados em nossos achados, compreendemos que o MC é uma ferramenta pedagógica dentre as metodologias ativas com grande potencial no processo de ensino-aprendizagem, porém não se recomenda sua utilização em ambiente tutorial de forma coletiva.

CONCLUSÃO

A análise mostrou que o MC favorece o auto estudo e a aprendizagem, pois propicia a sintetização de conhecimento, o que facilita o estudo para as avaliações escritas. Ele também contribui para a organização do raciocínio, no direcionamento das ideias, na discussão para o fechamento dos problemas e no inter-relacionamento dos assuntos e ainda favorece a elaboração dos objetivos de aprendizagem. Considerando as dificuldades encontradas pelos estudantes na elaboração do MC coletivo, aspectos como a gestão de conflitos, tolerância e escuta qualificada são processos formativos necessários para o exercício da enfermagem, portanto de importância para refletir e melhorar na

utilização do MC. Além disso, pesquisas em outros cursos e universidades são relevantes para que se possa identificar as melhores ferramentas de aprendizagem que se reflita em uma formação mais completa, efetiva e reflexiva, e que repercuta de forma positiva na instrução e atuação profissional destes graduandos no ensino, pesquisa, assistência de enfermagem e gestão.

Contribuições

Almeida RGS contribuiu para a concepção, planejamento; análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Sales APA contribuiu para a concepção, planejamento, desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do conteúdo. Silva AM contribuiu para a concepção, planejamento, desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do conteúdo. Marcheti PM contribuiu para a concepção, planejamento; coleta, análise e interpretação dos dados. Souza SC contribuiu para a concepção, planejamento; coleta, análise e interpretação dos dados. Jorge BM contribuiu para a concepção, planejamento, desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Winters JR, Prado ML, Heidemann IT. Nursing education oriented to the principles of the Unified Health System: perception of graduates. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):248-53.
2. Cruz RA, Araujo EL, Nascimento NM, Lima RJ, França JR, Oliveira JS. Reflections in the light of the complexity theory and nursing education. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):224-7.
3. Macedo KD, Acosta BS, Silva EB, Souza NS, Beck CL, Silva KK. Active learning methodologies: possible paths to innovation in health teaching. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3):e20170435.
4. Borochovcicius E, Tortella JC. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. *Ensaio Aval Pol Públ Educ*. 2014;22(83):263-94.
5. Luna WF, Bernardes JS. Tutoria como Estratégia para Aprendizagem Significativa do Estudante de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(4):653-62.
6. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NA. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: *A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos* [Internet]. São Paulo: Books SciELO; 2015 [citado 2019 Jun 10]. Disponível em: <http://books.scielo.org>
7. Chan ZC. A qualitative study on using concept maps in problem-based learning. *Nurse Educ Pract*. 2017;24:70-6.
8. Costa Marinho ML. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma abordagem qualiquantitativa para a pesquisa social. *Trabajo Social Global*. 2015;5(8):90-115.
9. Lefèvre F, Lefèvre AM. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Líber Livro; 2012.
10. Rocha LF. Teoria das Representações Sociais: a Ruptura de Paradigmas das Correntes Clássicas das Teorias Psicológicas. *Psicol Ciênc Prof*. 2014;34(1):46-65.
11. Ribeiro IL, Medeiros Júnior A. Graduação em saúde, uma reflexão sobre ensino-aprendizado. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(1):33-53.
12. Aguiar JG, Correia PR. Como fazer bons mapas conceituais? Estabelecendo parâmetros de referências e propondo atividades de treinamento. *Rev Bras Pesqui Educ Ciênc*. 2013;13(2):141-57.
13. Ortega MC, Cecagno D, Llor AM, Siqueira HC, Montesinos MJ, Soler LM. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(3):404-10.
14. Dantas MP, Silva FU, Borges JC. Uso dos mapas conceituais como ferramenta de avaliação qualitativa, com ênfase no ensino de Física. *HOLOS*. 2018;34(3):186-200.
15. Jara V, Castro J. Desarrollo de juicio clínico con mapas conceptuales de cuidado: experiencia de estudiantes de enfermería. *Enferm Univ*. 2017;14(4), 259-65.
16. Galle LA, Alano RH, Moll J. Mapa conceitual: ferramenta metodológica no projeto trajetórias criativas. *Rev Conhecimento on line*. 2018;10(2):135-56.

17. Machado CT, Carvalho AA. Os efeitos dos mapas conceituais na aprendizagem dos estudantes universitários. *Educ Temát Dig.* 2019;21(1):259-77.

18. Jaafarpour M, Aazami S, Mozafari M. Does concept mapping enhance learning outcome of nursing students?. *Nurse Educ Today.* 2016;36:129-32.

19. Sundström AS, Moraes JB. Sistema de organização do conhecimento utilizado pela comunidade booktube: mapeamento dos conceitos. *Inf Prof.* 2018;7(2):4-24.

20. Sousa AT, Formiga NS, Oliveira SH, Costa MM, Soares MJ. A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(4):713-22.

CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS ACERCA DA SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA NO MANEJO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

NURSES' KNOWLEDGE ABOUT NON-NUTRITIVE SUCKING IN THE NEWBORN'S PAIN MANAGEMENT

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA SUCCIÓN NO NUTRITIVA EN EL MANEJO DEL DOLOR DE LOS RECIÉN NACIDOS

Aline Cerqueira Santos Santana da Silva¹

(<https://orcid.org/0000-0002-8119-3945>)

Fernanda Garcia Bezerra Góes¹

(<https://orcid.org/0000-0003-3894-3998>)

Michelly Cristynne Souza Bonifácio¹

(<https://orcid.org/0000-0001-7771-6507>)

Yasminn Canella Cabral Banjar Coelho¹

(<https://orcid.org/0000-0001-7774-7573>)

Marialda Moreira Christoffel²

(<https://orcid.org/0000-0002-4037-8759>)

Camylly Lyeggy Ramalho Campos Rimes Valente¹

(<https://orcid.org/0000-0003-2866-336X>)

Descritores

Enfermagem; Cuidados intensivos;
Dor; Recém-nascido

Descriptors

Nursing; Critical care; Pain;
Newborn

Descriptores

Enfermería; Cuidados intensivos;
Dolor; Recién nacido

Recebido

27 de Agosto de 2020

Aceito

1 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Aline Cerqueira Santos Santana
da Silva
E-mail: alinecer2014@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Compreender o conhecimento de enfermeiras sobre a sucção não nutritiva no manejo da dor do recém-nascido. **Métodos:** Pesquisa qualitativa. Participaram 31 enfermeiras, a partir de entrevistas, seguindo um roteiro semiestruturado, cujos dados foram submetidos à análise temática.

Resultados: Dos dados emergiram duas categorias temáticas: conhecimento sobre a sucção não nutritiva com glicose a 25% para o manejo da dor do recém-nascido; conhecimento sobre a técnica da sucção não nutritiva com glicose a 25%.

Conclusão: A sucção não nutritiva, associada a glicose a 25% como método de analgesia não farmacológica para o manejo da dor em recém-nascidos, foi a mais indicada pelas enfermeiras. Todavia, sua aplicabilidade na prática clínica neonatal, ainda é um desafio no que tange à padronização desta medida quanto à dose, o tempo e o tipo de sucção.

ABSTRACT

Objective: To understand the nurses' knowledge about non-nutritive sucking in the newborn's pain management.

Methods: Qualitative research. Were included 31 interviews from nurses, following a semi-structured script and the data were submitted to thematic analysis.

Results: From the data resulted two thematic categories: knowledge about non-nutritive sucking with 25% glucose in the newborn's pain management; knowledge about non-nutritive tecnic of sucking with 25% glucose.

Conclusion: The non-nutritive sucking, associated to 25% glucoses as a method of non-pharmacological analgesia in the newborn's pain management, were the most indicated from the nurses. However, the applicability in the clinical neonatal practice is still a challenge regarding the standardization of this tecnic in terms of dose, time, and type of suction.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los conocimientos de las enfermeras sobre la succión no nutritiva en el manejo del dolor neonatal.

Métodos: Investigación cualitativa. Participaron 31 enfermeros, a partir de entrevistas, siguiendo un guión semiestructurado, cuyos datos fueron sometidos a análisis temático.

Resultados: De los datos surgieron dos categorías temáticas: conocimientos sobre la succión no nutritiva con glucosa al 25% para el manejo del dolor neonatal. Conocimientos sobre la técnica de succión no nutritiva con glucosa al 25%.

Conclusión: La succión no nutritiva, asociada a glucosa al 25% como método de analgesia no farmacológica para el manejo del dolor en recién nacidos, fue la más indicada por las enfermeras. Sin embargo, su aplicabilidad en la práctica clínica neonatal sigue siendo un desafío en cuanto a la estandarización de esta medida en cuanto a dosis, tiempo y tipo de succión.

¹Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, RJ, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Como citar:

Silva AC, Góes FG, Bonifácio MC, Coelho YC, Christoffel MM, Valente CL. Conhecimento de enfermeiras acerca da sucção não nutritiva no manejo da dor do recém-nascido. *Enferm Foco*. 2021;12(3):560-6.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4353

INTRODUÇÃO

A dor sentida pelo recém-nascido, bem como seus malefícios durante longos períodos, foi negada por clínicos e pesquisadores, devido à crença de que ele não sentia dor.

⁽¹⁾ Contudo, nas últimas quatro décadas, a dor passou a ser objeto de investigação, frente ao conhecimento de que o sistema nociceptor em formação, possui a capacidade de transmitir impulsos através do córtex cerebral a partir da 16ª semana de gestação, completando sua transmissão após a 26ª semana.^(2,3)

A dor é mais comum e intensa nos recém-nascidos que são admitidos na unidade de terapia intensiva neonatal, devido aos procedimentos dolorosos e repetidos a que são submetidos rotineiramente. Entende-se, portanto, que a dor, frente ao cuidado prestado ao recém-nascido nesse tipo de unidade, sempre se fará presente, e que apesar de suas manifestações aos estímulos dolorosos se apresentarem de forma inespecífica e desorganizada, ela é bem mais forte e aguda do que em crianças maiores e adultos, pois a imaturidade do sistema inibitório reduz a capacidade de modular tais experiências.⁽⁴⁾

Uma gama de fatores se entrelaça sobre essa questão, dentre elas, a incapacidade do recém-nascido em verbalizar a dor, tornando-os dependentes de outros para o reconhecimento e tratamento dela, a capacidade dos profissionais de saúde em distinguir e interpretar corretamente as alterações através das respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido, bem como o uso de medidas não farmacológicas como analgesia na prática clínica neonatal.⁽⁵⁾

Desse modo, o cuidado adequado ao desenvolvimento do recém-nascidos inclui adoção de estratégias para minimizar o estresse do ambiente, controlando estímulos, sobretudo dolorosos, mínimo manuseio, além do correto posicionamento dele.⁽⁶⁾ Uma das estratégias adotadas se refere ao uso de soluções adocicadas para controle da dor do recém-nascido, frente à realização de procedimentos dolorosos, evidências científicas, embasam o uso da sucção não nutritiva como medida não farmacológica, tanto de forma isolada quanto associada a algum carboidrato, como glicose a 25% ou sacarose.⁽⁷⁾ Contudo, essa medida apresenta variação quanto ao seu uso na prática clínica neonatal, sendo realizada, muitas vezes de forma empírica, apoiada em conhecimentos prévios e particulares de cada profissional.⁽⁴⁾

O déficit de formação na temática é uma barreira importante para o tratamento da dor por parte dos profissionais de enfermagem.⁽⁸⁾ Entretanto, a adequada avaliação da dor precisa permear a tomada de decisão desses profissionais na prática clínica para a implementação de medidas terapêuticas assertivas, o que contribui na prestação

de uma assistência adequada e humanizada frente às reais necessidades apresentadas. Nessa diretiva, destaca-se a seguinte questão da pesquisa: qual o conhecimento de enfermeiras sobre a sucção não nutritiva como método de analgesia não farmacológica para o manejo da dor no recém-nascido?

O objetivo deste estudo foi compreender o conhecimento de enfermeiras sobre a sucção não nutritiva para o manejo da dor no recém-nascido.

MÉTODOS

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, cuja elaboração atendeu às recomendações dos Critérios Consolidados de Relato de Pesquisa Qualitativa (COREQ).⁽⁹⁾

O presente estudo foi realizado em três instituições públicas, doravante chamadas de instituições A, B e C, destinadas ao atendimento de pacientes de média e alta complexidade, localizadas no interior do estado do Rio de Janeiro, Brasil. As instituições foram elencadas por dispor de unidades de tratamento intensivo neonatal e, assim, possuírem alta especificidade técnica no que tange os cuidados do recém-nascido com maior gravidade.

Os participantes da pesquisa foram 31 enfermeiras, entre as três unidades hospitalares, com atuação de no mínimo seis meses (para que o profissional estivesse adaptado ao setor e compreendesse o processo de trabalho no cenário em questão), sendo excluídos os profissionais que desenvolviam apenas atividades administrativas e/ou os que se encontravam de licença de qualquer tipo. O número de participantes foi delimitado mediante a saturação teórica, quando os depoimentos supriram os dados esperados para a conclusão das ideias do estudo,⁽¹⁰⁾ sem que houvesse a necessidade de persistir na coleta de novos dados.

Desse modo, o convite às enfermeiras atuantes no setor deu-se através do contato prévio da enfermeira que exerce a função de gerente do setor, que disponibilizou o total de enfermeiras, a escala de cada uma e o melhor horário para realização da entrevista. Foi disponibilizada uma sala reservada para a realização das entrevistas com apenas o entrevistador e o participante, a fim de não atrapalhar a dinâmica do serviço, e em respeito à privacidade. A entrevista teve duração média de 30 minutos, onde foram gravadas em mídia digital (apenas áudio) e, depois transcritas. Nenhuma entrevista teve que ser repetida. Ressalta-se que, o roteiro utilizado para o levantamento de dados foi previamente testado pela equipe de pesquisa sem necessidade de modificações.

O levantamento de dados se deu entre agosto e setembro de 2017, por meio de entrevistas face a face, que

seguiram um roteiro elaborado pelos pesquisadores, dividido em duas partes, onde a primeira continha questões fechadas referentes à caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, como sexo, idade, tempo de atuação na unidade de tratamento intensivo neonatal, se possuía curso de pós-graduação Lato e/ou Stricto Sensu, dentre outras.

A segunda parte contou com perguntas abertas, quais sejam: Você conhece a técnica de sucção não nutritiva para manejo da dor? Você sabe como se realiza esta técnica? Você sabe quando esta técnica é indicada? Esta técnica é utilizada em sua unidade? Você conhece a importância da utilização desta técnica para o recém-nascido?

As respostas das questões abertas foram digitadas em um editor de texto e tratadas segundo a técnica de análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, seguindo-se as três etapas previstas, quais sejam: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁽¹¹⁾

Todos os aspectos éticos foram contemplados em cumprimento à Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer aprovado sob nº 1.562.683/2016. O respeito ao anonimato e sigilo foi garantido por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, além do uso de códigos alfanumérico (AE1, BE1, CE1 e assim por diante), cuja primeira letra faz referência à unidade a qual pertence e a segunda letra a categoria profissional, seguida do número arábico na sequência em que as entrevistas foram realizadas.

RESULTADOS

Participaram 31 (100%) enfermeiras, que atuavam nas três unidades em diferentes turnos. A média da idade foi de 30 anos. Dentre as participantes, 30 (96%) possuíam pós-graduação Lato Sensu em diversas áreas, incluindo a neonatologia, e três (9,6%) tinham como titulação maior, o curso de mestrado, e uma (3,2%) possuía somente a graduação em enfermagem. Com relação ao tempo de atuação na unidade de tratamento intensivo neonatal, foi evidenciado que seis (20%) profissionais tinham menos de um ano de experiência (nove meses), uma (3%) com um tempo de atuação de até cinco anos, nove (30%) com experiência entre cinco e dez anos e 15 (47%) tinham acima de dez anos de atuação. Da análise dos dados emergiram as seguintes categorias temáticas: 1) Conhecimento sobre a sucção não nutritiva com glicose a 25% para o manejo da dor do recém-nascido; 2) Conhecimento sobre a técnica da sucção não nutritiva com glicose a 25%.

Conhecimento sobre a sucção não nutritiva com glicose a 25% para o manejo da dor do recém-nascido

Primeiramente, evidenciou-se que as enfermeiras reconhecem que o recém-nascido sente dor ao apresentarem sinais que correspondem a alterações comportamentais (choro, mímica facial, rigidez de tórax, movimentos de flexão e extensão das extremidades) e clínicas/fisiológicas (mudanças na frequência respiratória, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, pressões parciais de oxigênio e gás carbônico, pressão arterial e intracraniana, além de sudorese palmar).

O sistema neuronal do recém-nascido se forma antes do nascimento por isso ele sente dor (AE7). Ele expressa o desconforto, através do choro e outros sinais (BE18). O recém-nascido localiza a dor e sente muitas das vezes em mínimos procedimentos realizados, mostrando na face, digo, com expressões faciais de dor (BE11). Devido não verbalizar, o recém-nascido expressa seu desconforto e dor por meio de atitudes comportamentais e variação clínica (CE23).

A partir do reconhecimento da dor do recém-nascido, as enfermeiras compreendem a sucção não nutritiva como método de analgesia não farmacológica para o recém-nascido quando acrescida de glicose a 25%, sendo a técnica mais utilizada para este objetivo nos três cenários investigados.

Dar algumas gotas de glicose a 25% para sugar (CE28). Utilização de glicose a 25% por sucção não nutritiva (AE5). Dar algumas gotas de glicose a 25% através da chupeta ou dedo enluvado (dedo envolto na luva) (BE8).

Evidenciaram-se pelas respostas que as profissionais compreendem que a sucção não nutritiva com glicose a 25% promove conforto e tranquilidade, além de minimizar a dor e o estresse do recém-nascido, principalmente frente a procedimentos invasivos causadores de estímulos algícos, sendo estes os principais benefícios destacados nos depoimentos.

A sucção não nutritiva com glicose a 25% libera serotonina inibindo a interatividade, minimizando o desconforto, promovendo a redução da dor (AE7). Dá conforto no momento do procedimento invasivo, minimizando a dor do recém-nascido (BE20). Gotejar gotas de glicose a 25% para acalmar o recém-nascido (BE16).

Em dar conforto no momento do procedimento invasivo, minimizando a dor do recém-nascido (BE20).

Na categorização das falas, verificou-se que apesar de não fazer parte de nenhum protocolo institucional dentre as instituições pesquisadas, todas as enfermeiras têm como rotina o uso da técnica não nutritiva com glicose a 25%, mesmo não sendo uma técnica formalmente padronizada, por entender, que o recém-nascido sente dor. Contudo, a maioria das depoentes não soube descrever a ação fisiológica dessa substância, porém, distinguem seus efeitos no bebê no que tange a redução do estresse corporal gerado pela dor, frente a procedimentos dolorosos.

Evitar o desgaste físico que acarreta desequilíbrio das funções (CE24). O recém-nascido permanece tranquilo e sinais vitais estáveis (CE26). Minimizar os danos cerebrais (CE22).

Também foram relatadas outras técnicas para o manejo da dor, os profissionais destacaram distintas práticas associadas à sucção não nutritiva com glicose a 25%, sendo elas, a massagem corporal, contato pele a pele (método canguru), além do controle de fatores ambientais (ruídos e luminosidade) e redução no manuseio do recém-nascido para garantir períodos adequados de repouso e sono.

Sucção com glicose e massagem no recém-nascido sempre que possível (AE4). O toque, contato com a mãe pele a pele antes do procedimento, o método canguru reduz o estresse (AE8). Reduzir a luminosidade, ruídos e o manuseio, além de aumentar, promover períodos de sono e acalmá-lo (AE6). Medidas de promoção de conforto como redução de luminosidade, ruído e manuseio. Aumentar/promover períodos de sono e acalmá-lo (AE6).

Conhecimento sobre a técnica da sucção não nutritiva com glicose a 25%

Sobre a realização da técnica da sucção não nutritiva com glicose a 25%, testificou-se entre as depoentes que a mesma é feita de forma distinta entre os profissionais, com base em conhecimentos prévios e particulares de cada profissional, sem padronização, na quantidade da substância, na técnica de oferta e no tempo de administração antes do procedimento invasivo.

Assim, a partir do agrupamento de fragmentos textuais, verificou-se que a quantidade de glicose a 25%, usada pelas

enfermeiras, para uso no manejo da dor no recém-nascido variou de 0,1 ml (2 gotas) até 1ml, com profissionais não precisando o volume a ser administrado.

Glicose hipertônica duas gotas via oral (AE1). Oferecer glicose a 25%, mais ou menos 1ml por sucção através de chupeta (CE30). Três gotinhas de glicose a 25% (CE31). Com algumas gotas de glicose a 25% (BE14).

Relacionado ao modo de administração também houve diferenças quanto à técnica para ofertar ao recém-nascido a glicose a 25%, com referências ao uso de chupeta, dedo do profissional enluvado e/ou chupeta improvisada com luva de procedimento e algodão.

O correto seria o uso de chupeta, porém tem hospitais que usam luvas (AE3). Oferecer a glicose com chupeta ou dedo enluvado (BE10). Calçamos uma luva de procedimento e inserimos o dedo mínimo na boquinha do recém-nascido (CE31). Colocação de algodão em um dos dedos da luva e derrama a glicose nesse dedo com algodão, fazendo de chupeta (AE4).

Continuamente, verificaram-se divergências quanto ao tempo (em minutos) para administrar a glicose a 25% antes da realização dos procedimentos invasivos no recém-nascido, com referências a dois e dez minutos, além de profissionais não indicando especificamente o tempo.

Administramos 2 minutos na língua antes do procedimento a glicose a 25%, promovendo a analgesia pela ação das papilas gustativas (AE8). Dez minutos antes do procedimento (AE1). Alguns minutos antes de iniciar o procedimento (BE9).

Por outro lado, de forma majoritária, a indicação da glicose a 25% ficou restrita aos procedimentos invasivos dolorosos aos quais os recém-nascidos são submetidos durante a internação na unidade de tratamento intensivo neonatal, ademais as enfermeiras restringiram-se a citar como estímulos mais dolorosos, os variados tipos de punções.

Em procedimentos dolorosos, como punção venosa, de calcâneo (BE11). Em caso de punção venosa ou outros procedimentos dolorosos, coleta de sangue, punção lombar (BE20). Punção venosa e coleta de sangue (AE2). Durante a punção venosa (CE28).

DISCUSSÃO

O manejo da dor do recém-nascido pelas enfermeiras demanda um cuidado ao paciente que envolve não apenas, o conhecimento sobre a fisiopatologia da dor, mas sobretudo uma assistência integral e humanizada, a partir da compreensão sobre a singularidade de cada um que sente dor.⁽¹²⁾ Nesta perspectiva, os achados desta pesquisa têm o potencial de contribuir para a socialização do conhecimento acerca da necessidade de padronização no uso de medidas não farmacológicas quando associada à glicose, possibilitando melhorar as práticas de manejo da dor em unidades de tratamento intensivo. Outro aspecto, fundamental evidenciado pelo presente, concerne na necessidade de construção de protocolos e recomendações institucionais, como forma de nortear a prestação do cuidado aos recém-nascidos. De outra parte, sua aplicabilidade na prática clínica neonatal ainda é um desafio no que tange à padronização desta medida.

Nesta investigação, foi possível observar que as enfermeiras reconhecem a dor e a importância da implementação de medidas não farmacológicas, como, por exemplo, a sucção não nutritiva, como forma de minimizar agravos futuros na vida do recém-nascido, oriundo de situações de estresse, sobretudo frente a procedimentos dolorosos, pois além de serem medidas de baixo custo são de fácil implementação e apresentam terapêutica comprovada, além de favorecerem a organização psicomotora, atuam na modulação da dor, inibindo a liberação de neurotransmissores que exacerbam o estímulo doloroso.⁽¹³⁾

De acordo com os resultados apresentados, anteriormente, pode-se observar que todas as instituições utilizam a sucção não nutritiva associada à glicose a 25%, como forma de promover conforto e tranquilidade, além de mitigar a dor e o estresse no recém-nascido. Cujo mesmo achado foi encontrado numa revisão⁽²⁾ onde relata um efeito sinérgico dessa combinação, considerado seguro, eficaz e clinicamente comprovado para o alívio da dor em recém-nascido a termo, quanto pré-termo.

Sobre esta vertente, a sucção não nutritiva associada à glicose a 25%, a literatura relata que, individualmente, a solução adocicada culmina na liberação de opioides, reduzindo os escores da dor e a duração do choro, todavia ressalta que essa ação é potencializada quando associada à sucção não nutritiva com o uso de chupeta ou dedo enluvado.⁽¹⁴⁾ Esse dado também foi evidenciado em uma meta-análise que corrobora com essa afirmativa.⁽¹⁵⁾

Em relação ao controle da dor, além do uso das soluções adocicadas, outras medidas não farmacológicas são utilizadas como conduta terapêutica, dentre as mais

utilizadas: a amamentação associada ao contato pele a pele, manuseio delicado, mínimo manuseio, enrolamento, aninhamento e períodos de sono preservados, bem como redução da luminosidade e ruídos como ações que promovem o conforto e propiciam o controle da dor.⁽⁷⁾ Todavia, estudo relata que, o alcance desse objetivo só é possível se o contato for iniciado antes do procedimento e mantido durante e após, sempre que as condições do recém-nascido forem favoráveis.⁽¹⁶⁾

Ainda com relação à utilização da glicose, para as enfermeiras, é entendida, como, eficaz no controle da dor e minimiza complicações neurológicas e comportamentais na vida futura do recém-nascido, contudo sua aplicabilidade na prática clínica neonatal, ainda não se encontra bem estabelecida. Pois, frente aos relatos, foi possível observar que sua utilização é realizada de forma distinta, geralmente embasada no conhecimento prévio de cada profissional, traduzindo-se em divergências sobre essa medida, constata-se, através das falas, controvérsias quanto à dosagem, ao tempo de realização e tipo de sucção.

Quanto à dose de glicose a ser administrada foi possível observar indefinições frente à própria literatura científica, quando uma pesquisa⁷ relata que deve aplicar pequenos volumes de glicose ou sacarose; outro relato usa a concentração de 50% seguida da glicose 25%, sem padronização da dosagem,⁽¹⁷⁾ em outra pesquisa⁽¹⁸⁾ recomenda-se pequenos volumes de glicose ou sacarose, sem especificar a dose exata. Enquanto, outra evidência recomenda dose limite de acordo com a idade gestacional, variando de 0,5ml-2ml.⁽¹⁴⁾ Essas evidências reforçam as contradições relacionadas ao tema, que levam a dúvidas e divergências na prática assistencial, o que implica na importância da padronização de condutas institucionais.

De acordo com a literatura, a implementação da sucção não nutritiva pode ocorrer das duas formas, através do dedo enluvado;⁽¹⁹⁾ enquanto outras^(2,16) relatam a utilização da chupeta.

Outro achado foi quanto ao tempo de realização da sucção não nutritiva para o alcance da analgesia, que através da fala dos depoentes foi possível observar discordância. Contudo, a literatura não apresenta definição sobre esse aspecto, para alguns autores a sucção deve ser iniciada de um a oito minutos antes do procedimento doloroso.⁽²⁾ Outras pesquisas, relatam que deve ser administrada cerca de dois minutos antes do procedimento.^(7,19) Enquanto, outra investigação, recomenda administração dois a três minutos antes do procedimento.⁽²⁰⁾ Tais divergências reforçam as diversidades dessa prática assumidas nas unidades de tratamento intensivo neonatal investigadas.

Acredita-se que as principais barreiras associadas ao uso dessa medida não farmacológica, seja o desconhecimento por parte dos profissionais acerca da efetividade e benefícios propiciados aos recém-nascidos frente à sensação dolorosa e a indefinição da correta utilização desta medida não farmacológica pelos órgãos competentes. Para transpor essas barreiras, faz-se necessário a adoção de estratégias de socialização e definições mais assertivas sobre essa prática pelos órgãos competentes, com vistas a qualificar o manejo da dor em unidade de tratamento intensivo neonatal.⁽⁷⁾

Sobre a realização de procedimentos dolorosos, cabe ressaltar que em média o recém-nascido recebe 53 estímulos dolorosos, e uma média de 65% dos procedimentos não recebem analgesia adequada⁴. Diante dessa realidade, uma investigação relata o risco para o desenvolvimento de déficits neurológicos em prematuros, devido a média de procedimentos a que são submetidos, acarretando na administração de mais de dez doses de sacarose oral por dia, sugerindo a importância de alternar a sucção não nutritiva com a sacarose ou monitorar seus efeitos quando prescrita para fins de analgesia.⁽²¹⁾

Infere-se que a dor manifestada pelo recém-nascido se apresenta como um desafio para os profissionais de saúde devido a falhas nos conhecimentos básicos sobre a experiência dolorosa no recém-nascido; a fonte de conhecimento utilizada como alicerce pelos profissionais pouco explorada, sem evidência de uma prática contínua, em treinamentos institucionais;⁽²²⁾ além do não conhecimento/ utilização de escalas para avaliação objetiva de parâmetros fisiológicos e comportamentais para avaliações individuais e tratamento adequado da dor.⁽⁴⁾

A expectativa da prevenção e tratamento da dor como um direito deve ser uma prerrogativa para os profissionais de saúde, conforme publicada pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública, a Sociedade Americana da Dor e a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations*, entidade norte-americana de avaliação de hospitais, que preconiza a dor como quinto sinal vital, que determina padronização e a mensuração da dor, tornando-se rotina para médicos e enfermeiros que prestam assistência à saúde.⁽²³⁾

Como limitação do estudo, destaca-se à realização em apenas três unidades públicas hospitalares, com reduzida amostra, apesar da saturação dos dados, o que impede a generalização abrangente dos achados, o que requer o desenvolvimento de novas pesquisas em distintos cenários.

Os achados desta pesquisa têm o potencial de contribuir para a socialização do conhecimento acerca da necessidade de padronização no uso de medidas não farmacológicas quando associada a glicose, possibilitando melhorar a prática clínica no que tange o manejo da dor em unidades de tratamento intensivo. Além disso, o presente evidenciou, a necessidade de construção de protocolos, normas e recomendações institucionais para o controle da dor, como forma de nortear os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros na prestação do cuidado aos recém-nascidos.

CONCLUSÃO

Ao analisar o conhecimento das enfermeiras sobre a sucção não nutritiva como método de analgesia não farmacológica para o manejo da dor em recém-nascidos, foi evidenciado que esta é uma das medidas mais indicadas pelas enfermeiras nas instituições investigadas para minimizar a dor sofrida pelo recém-nascido hospitalizado, frente a procedimentos dolorosos, e que essa é normalmente associada à glicose a 25%. Todavia, constatam-se sobre esses achados, divergências, no que tange à padronização desta medida quanto à dose, o tempo e o tipo de sucção, resultando, a não consolidação desta prática nos cenários investigados.

Contribuições

Aline Cerqueira Santos Santana da Silva- concepção e/ou desenho do estudo e coleta, análise e interpretação dos dados. Fernanda Garcia Bezerra Góes- coleta, análise e interpretação dos dados e redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Michelly Crystinne Souza Bonifácio- coleta, análise e interpretação dos dados. Yasminn Canella Cabral Banjar Coelho- coleta, análise e interpretação dos dados. Marialda Moreira Christoffel- redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Camylly Lyeggy Ramalho Campos Rimes Valente- coleta, análise e interpretação dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Virgens TR, Greco CS, Carvalho ML. The influence of non-nutritive sucking as non-pharmacological analgesia in newborns during painful procedures: a systematic review. *Rev Ciênc Med*. 2018;27(1):23-37.
2. Barros MM, Luiz BV, Mathias CV. Pain as the fifth vital sign: nurse's practices and challenges in a neonatal intensive unit care. *BrJP*. 2019;2(3):232-6.
3. Nóbrega AS, Cantalice AS, Cerqueira AC, Santos NC, Bezerra NA, Chaves TR. Nursing technologies in the management of pain in newborns in a neonatal intensive care unit. *Enferm Foco*. 2018;9(2):66-72.
4. Perry M, Tan Z, Chen J, Weidig T, Xu W, Cong XS. Neonatal pain: perceptions and current practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2018;30(4):549-61.
5. Ishak S, Flora NF, Syed ZS, Adli A, Jaafar R. Neonatal pain: Knowledge and perception among pediatric doctors in Malaysia. *Pediatr Int*. 2019;61:67-72.
6. Soares YK, Santos PO. Posicionamento do recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm Foco*. 2020;11(4):49-56.
7. Maciel HI, Costa MF, Costa AC, Marcatto JO, Manzo BF, Bueno M. Pharmacological and nonpharmacological measures of pain management and treatment among neonates. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(1):21-6.
8. Lobete C, Galán R, Kiza AH. Comapracion de los conocimientos sobre el dolor infantil em dos poblaciones de profesionales de enfermeria. *Pediatric (Barc)*. 2015;(82):158-64.
9. Minayo MC. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesq Qual*. 2017;7(5):1-12.
10. Nascimento LC, Souza TV, Oliveira IC, Moraes JR, Aguiar RC, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):243-8.
11. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq Bras Psicol*. 2019;71(2):51-67.
12. Antunes JM, Daher DV, Moraes EB, Ferrari MF, Geraldo MA. Programa integrador e o cuidado de enfermagem frente a dor crônica. *Enferm Foco*. 2020;11(5):48-53.
13. Araujo GC, Miranda JO, Santos DV, Camargo CL, Sobrinho CL, Rosa DO. Pain in newborn: identification, assessment and intervention. *Rev Baiana Enferm*. 2015;29(3):261-70.
14. Motta GC, Cunha ML. Prevention and non-pharmacological management of pain in newborns. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):123-7.
15. Liu Y, Huang X, Luo B, Peng W. Effects of combined oral sucrose and nonnutritive sucking (NNS) on procedural pain of NICU newborns, 2001 to 2016: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2017; 96(6):e6108.
16. Lago P, Garetti E, Bellieni CV, Merazzi D, Levet PS, Ancora G, et al. Pain Study Group of the Italian Society of Neonatology. Systematic review of nonpharmacological analgesic interventions for common needle related procedure in newborn infants and development of evidence based clinical guidelines. *Acta Paediatrica*. 2017;106(6):864-70.
17. Christoffel MM, Castral TC, Daré MF, Montanholi LL, Gomes AL, Scochi CG. Attitudes of healthcare professionals regarding the assessment and treatment of neonatal pain. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):e20170018.
18. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A, Haliburton S, Shorkey A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;7:CD001069.
19. Querido DL, Christoffel MM, Almeida VS, Esteves AP, Andrade M, Amim Junior J. Assistance flowchart for pain management in a Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1360-9.
20. Dantas JM, Machado ME, Silva LF, Paiva ED. Pain assessment for newborns by nursing team: a sedimented practice assistance?. *Rev Enferm UFSM*. 2018;8(2):209-24.
21. AAP Committee on Fetus and Newborn and Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Prevention and management of procedural pain in the neonate: an update. *Pediatrics*. 2016;137(2):e20152488.
22. Campos AP. Neonatal pain: knowledge, attitude and practice of the nursing team. *Br J Pain*. 2018; 1(4):354-8.
23. Queiróz DT, Carvalho MA, Carvalho GD, Santos SR, Moreira AS, Silveira MF. Pain – 5th vital sign: nurses' knowledge. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015;9(4):7186-92.

PERCEPÇÕES DE PESSOAS COM SEQUELAS PELA HANSENÍASE ACERCA DO AUTOCUIDADO

PERCEPTIONS OF PEOPLE WITH SEQUELAE BY LEPROSY ABOUT SELF-CARE

PERCEPCIONES DE PERSONAS COM SEQUELAE POR LEPROSA SOBRE EL AUTOCUIDADO

Rayla Maria Pontes Guimarães Costa^{1,2}

Layza Castelo Branco Mendes²

Gerarlene Ponte Guimarães Santos^{1,2}

Joelson dos Santos Almeida¹

(<https://orcid.org/0000-0002-1794-1419>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1729-5768>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2531-5389>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6926-7043>)

Descritores

Pessoas com deficiência;

Hanseníase; Autocuidado;

Atividades cotidianas

Descriptors

Disabled persons; Leprosy; Self

care; Activities of daily living

Descriptores

Personas con discapacidad;

Lepra; Autocuidado; Actividades

cotidianas

Submetido

7 de agosto de 2020

Aceito

20 de outubro de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído da dissertação

"Implementação do autocuidado

apoiado para pessoas com sequelas

pela hanseníase", defendido em

2018, no Programa de Pós-

Graduação Mestrado Profissional

em Gestão em Saúde, na

Universidade Estadual do Ceará-

UECE.

Autor correspondente

Rayla Maria Pontes Guimarães

Costa

E-mail: rayla.guimaraes@gmail.com

RESUMO

Objetivo: O estudo teve como objetivo conhecer as percepções de pessoas com sequelas pela hanseníase acerca das ações de autocuidado, à luz do seu contexto cultural.

Métodos: Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 12 pessoas com sequelas pela hanseníase, atendidas em um hospital colônia no estado do Piauí. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, que posteriormente foram submetidas à técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, tendo como suporte neste processo o software Iramuteq versão 0.7.

Resultados: Evidenciou-se que as percepções das pessoas relacionadas ao autocuidado estão ligadas às práticas de higiene corporal e oral, necessitando de apoio ao autocuidado por meio da compreensão do seu universo cultural.

Conclusão: O autocuidado abrange uma dimensão integral de cuidados que deve ser inserido no contexto cultural das pessoas, que realizado de forma eficiente, proporciona melhorias no bem-estar e na qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: The study aimed to know the perceptions of people with leprosy sequelae about self-care actions in the light of their cultural context.

Methods: A descriptive, exploratory study with a qualitative approach, carried out with 12 people with leprosy sequelae, attended in a colony hospital in the state of Piauí. Semi-structured interviews were used, which were subsequently submitted to the Collective Subject Discourse technique, using Iramuteq software version 0.7 as support in this process.

Results: It was shown that people's perceptions of self-care are related to body and oral hygiene practices, requiring support for self-care through the understanding of their cultural universe.

Conclusion: Self-care encompasses an integral dimension of care that must be inserted in the cultural context of people, which performed efficiently, provides improvements in well-being and quality of life.

RESUMEN

Objetivo: El estudio tuvo como objetivo comprender las percepciones de las personas con secuelas de lepra sobre las acciones de autocuidado a la luz de su contexto cultural.

Métodos: Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 12 personas con secuelas de lepra atendidas en un hospital de colonias en el estado de Piauí. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas, que posteriormente se sometieron a la técnica de Discurso del sujeto colectivo, utilizando Iramuteq versión 0.7 como apoyo en este proceso.

Resultados: Se demostró que las percepciones de las personas sobre el autocuidado están relacionadas con las prácticas de higiene bucal y corporal, lo que requiere apoyo para el autocuidado a través de la comprensión de su universo cultural.

Conclusión: El autocuidado abarca una dimensión integral de la atención que debe insertarse en el contexto cultural de las personas, que se desempeña de manera eficiente, proporciona mejoras en el bienestar y la calidad de vida.

¹Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba, PI, Brasil.

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

Como citar:

Costa RM, Mendes LC, Santos GP, Almeida JS. Percepções de pessoas com sequelas pela hanseníase acerca do autocuidado. *Enferm Foco*. 2021;12(3):567-74.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4286

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma das doenças tropicais negligenciadas com maior risco de gerar incapacidades físicas e deformidades permanentes⁽¹⁾ e, conseqüentemente, prejuízos na qualidade de vida. Inclusive, se não diagnosticada e tratada precocemente, as sequelas geram prejuízos na capacidade laboral, limitação da vida social e problemas psicológicos.⁽²⁾

Além disso, a possibilidade de desenvolver danos neu-rais e incapacidades físicas continuam mesmo após a alta, sendo recomendado o acompanhamento e a estruturação dos serviços de saúde para implementação de ações de cuidado integral durante e após o tratamento.⁽³⁾ Ademais, ressalta-se que em torno de 5% das pessoas acometidas são diagnosticadas com incapacidade física de grau 2, evidenciando a necessidade de tais ações.⁽⁴⁾

Dentre as ações de cuidado integral, cabe mencionar as ações de autocuidado apoiado como estratégias para minimizar e/ou prevenir futuras sequelas. O autocuidado apoiado pode ser definido como o apoio necessário para que os usuários se tornem agentes produtores sociais de sua saúde, estando ancorado na técnica dos cinco A's: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento, sendo que um bom programa de autocuidado se beneficia ao utilizá-los em conjunto.⁽⁵⁾

Essa técnica pode ser aplicada em pessoas com sequelas pela hanseníase, como apoio às ações de autocuidado e a prática dos profissionais. De fato, essas pessoas apresentam hábitos sedentários e limitações físicas, com diminuição da autonomia, sendo necessário o apoio de uma equipe multidisciplinar para intervenções adequadas, a fim de estimular e promover o autocuidado para uma melhor qualidade de vida, desenvolvendo sua autonomia, enquanto protagonistas de suas demandas de saúde.

Nessa perspectiva, utilizou-se como suporte teórico a Teoria de Enfermagem da Diversidade e Universalidade Cultural, que propõe ao enfermeiro planejar com a pessoa os cuidados, preservando as características culturais pessoais e/ou do grupo à qual pertence. Efetivamente, a cultura pode ser entendida como valores, crenças, normas e práticas de vida de um grupo, que são aprendidos e transmitidos de geração em geração, e que norteiam o pensamento e a tomada de decisão, assim, as pessoas são seres culturais, capazes de sobreviver ao tempo, uma vez que possuem a capacidade de prestar cuidado aos outros em vários ambientes e de várias maneiras. Ademais, o cuidado pode ser concebido como um fenômeno ligado ao comportamento da pessoa em prestar ajuda, apoio ou capacitação ao outro com necessidades instaladas no intuito de melhorar a vida ou a condição humana.⁽⁶⁾

Outrossim, no que tange à prática de enfermagem, compreender as pessoas com sequelas pela hanseníase à luz de sua base cultural, permite à enfermagem o entendimento das variações de cuidados prestados a esse grupo. Além disso, é preciso implementar estratégias que minimizem os danos advindos dessa doença milenar, tal como sensibilizar os profissionais de saúde para a importância das ações de autocuidado e/ou autocuidado apoiado para com as pessoas com sequelas pela hanseníase, já que podem apresentar alterações nos âmbitos físico e psíquico,⁽⁷⁾ interferindo efetivamente na prática do cuidado de si.

Diante do exposto, emergiu-se o questionamento: quais as percepções das pessoas com sequelas pela hanseníase acerca do autocuidado, sob a ótica de seu universo cultural? De fato, estudar o autocuidado inserido no contexto cultural das pessoas permite, aos enfermeiros, definir prioridades na prestação dos cuidados em saúde, uma vez que o diálogo entre as culturas é essencial para compreender as diferenças de cada pessoa e de sua cultura ao exercerem seu autocuidado. Assim sendo, o estudo tem como objetivo conhecer as percepções de pessoas com sequelas pela hanseníase acerca das ações de autocuidado, à luz de seu contexto cultural.

MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa.

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Colônia do Carpina, localizado na cidade de Parnaíba-PI. O referido hospital é um leprosário remanescente, referência no tratamento da hanseníase na região norte do estado. Atualmente, além de servir de abrigo às pessoas com sequelas pela hanseníase, internadas compulsoriamente, também oferece atendimentos ambulatoriais em várias especialidades médicas.

Participaram da pesquisa 12 sujeitos com sequelas pela hanseníase. Foram utilizados como critérios de inclusão: ser moradores da instituição e apresentarem incapacidades físicas. Os critérios de exclusão foram: moradores ausentes no período da coleta dos dados.

O referencial teórico empregado foi a Teoria de Enfermagem denominada Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, que estuda o cuidado baseado nas crenças, valores e atitudes das pessoas e sua cultura, que inseridas na prática da enfermagem, torna possível o desenvolvimento do conhecimento científico e humanista essenciais para a prática do cuidado.⁽⁸⁾

Inicialmente, foi realizada uma reunião no auditório do hospital, com todas as pessoas institucionalizadas com o objetivo de apresentar e convidar a participarem do estudo.

Posteriormente, nos meses de abril e maio de 2018, iniciou-se a realização das entrevistas semiestruturadas, no próprio hospital.

As entrevistas foram realizadas por uma das pesquisadoras que trabalha como enfermeira na instituição. Para nortear a entrevista, seguiu-se o roteiro: Qual o entendimento sobre o autocuidado e autocuidado apoiado? Quais as sequelas deixadas no corpo pela hanseníase que o impede de realizar as ações de autocuidado em sua plenitude? E quais as barreiras/dificuldades na execução das ações de autocuidado? Utilizou-se um formulário para coleta de dados de identificação dos participantes. Também foi utilizado o diário de campo para anotações importantes percebidas pelos pesquisadores.

As entrevistas foram realizadas em vários encontros e individualmente até atingir a saturação, que foi o momento em que os dados se mostraram repetitivos, e sua continuidade não gerava novas informações.⁽⁹⁾ Destaca-se que as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e posteriormente, devolvidas aos participantes para confirmação do DSC, sendo aceitos por todos.

Para o rigor metodológico do estudo, utilizou-se os critérios de verificação da ferramenta internacional de apoio à pesquisa qualitativa *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ), onde consta uma lista com 32 itens.⁽¹⁰⁾ Para a garantia do anonimato foi utilizada a letra "E" para identificação dos entrevistados, seguida de números sequencias de 1 a 12, conforme ordem das entrevistas.

Para organização e apresentação dos dados, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Nesse método, os discursos dos sujeitos são abstrações oriundas das opiniões individuais de sentido semelhante que, ao passarem pela análise do pesquisador, são tratadas e transformadas em produtos aceitos cientificamente, pois as características espontâneas da fala cotidiana dos depoentes são mantidas integralmente, ou seja, é uma reconstrução do pensamento coletivo, resultando em um produto científico. Assim, as falas foram apresentadas segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo, organizando as opiniões semelhantes para formar depoimentos sínteses.⁽¹¹⁾

Além disso, como suporte neste processo, foi utilizado o software Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, versão 0.7), um programa gratuito e de acesso aberto⁽¹²⁾ que permite a realização de análises quantitativas e qualitativas de textos utilizando-se da lexicografia (frequência e estatística básicas), bem como análises multivariadas, sendo realizadas a partir de um grupo de textos sobre

um determinado assunto.⁽¹³⁾ Nesse estudo, realizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), entretanto, devido ao tamanho do corpus não foi possível realizá-la, então, procedeu-se à análise de similitude.

Este estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí, sob o número do CAAE: 82990118.4.0000.5209. Foram utilizadas as diretrizes e as normas sobre pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, por meio do qual os participantes firmaram concordância em participar da pesquisa.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 12 pessoas, em sua maioria do sexo masculino (91,7%), com idade que variou entre 58 e 76 anos, com tempo de permanência na instituição entre três e 62 anos. Um participante relatou não possuir vínculo com membros da família, enquanto os outros afirmaram apresentar vínculos com irmãos, filhos, esposas e netos. Em relação à escolaridade, todas as pessoas apresentaram baixa escolaridade, visto que a maioria possui o ensino fundamental incompleto, e os demais são apenas alfabetizados. Emergiram-se três *corpus* dos discursos dos sujeitos coletivos (DSC) e da análise de similitude do Iramuteq, a saber: percepção acerca do autocuidado e autocuidado apoiado, compreensão sobre as sequelas e deformidades no corpo que impedem a realização do autocuidado, e percepção quanto às barreiras/dificuldades para a execução das ações de autocuidado.

Corpus 1: Percepção acerca do autocuidado e autocuidado apoiado

Averiguou-se nos discursos dos sujeitos coletivos (DSC) que o autocuidado é percebido como cuidar da higiene corporal e oral, ou seja, restrito às práticas de higiene. Efetivamente, essas ações são inerentes ao autocuidado, todavia, este não se resume apenas a essas práticas, mas abrange aspectos holísticos de saúde e de cuidado integral.

O autocuidado pra mim é cuidar de mim, na parte de higiene, então tudo que for benéfico pra meu corpo, isso pra mim é autocuidado. Pra mim é a pessoa ter [...] se banhar, se cuidar, ter higiene, né? Porque a pessoa se banhando e cuidando de si próprio protege muito o corpo. Tomar banho, com [...] bem sabonete, esfregar bem, escovar os dentes, enxugar bem (E1, E2, E5, E8, E10, E11).

Os 12 textos que compõe o *corpus* “autocuidado” foram divididos em 18 segmentos de texto, com 468 ocorrências, 181 formas, sendo 103 (22,01% das ocorrências e 56,91% das formas) dessas hápax (palavras que aparecem no *corpus* apenas uma vez), com média de 39 ocorrências por texto. Ressalta-se que se procedeu com a CHD, mas devido ao tamanho do *corpus* não foi possível sua realização. Acrescenta-se que, ao serem indagados sobre autocuidado apoiado, os discursos foram os mesmos para o autocuidado como pode ser observado na análise de similitude do *corpus* (Figura 1). A comunidade organizada pela palavra “autocuidado” se liga à comunidade “cuidar” que se liga a “banho”, e que, por fim, liga-se a “pessoa”.

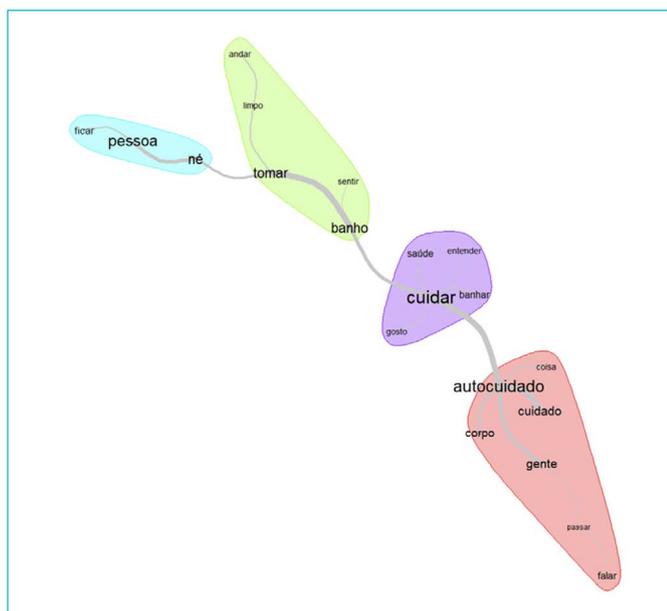


Figura 1. Análise de similitude do corpus autocuidado apoiado, gerado pelo Software Iramuteq versão 0.7

Corpus 2: Compreensão sobre as sequelas e deformidades no corpo que impedem a realização do autocuidado

De acordo com os discursos dos sujeitos coletivos (DSC), percebeu-se que muitas são as sequelas deixadas pela hanseníase, que atingiram mãos, braços, pés e pernas, inviabilizando plenamente as ações de autocuidado.

É, eu tenho uma mão esquerda que ela realmente ficou atrofiada [...] como também tenho sequelas nos pés, nos dedos, e tenho uns problemas, vamos dizer assim, de calo que me dificulta muito. A sequela me deixou uma perna só e essa mesmo foi tirada [...] agora vivo de cadeira de rodas. Ah, o defeito que deixa da hanseníase é aleijar a mão e a perna. Deixou a mãozinha [...] mãozinha ficou seca (E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9).

Os 12 textos que compõe o *corpus* “sequelas e deformidades no corpo” foram divididos em 23 segmentos de texto, com 607 ocorrências, 242 formas, sendo 141 (23,23% das ocorrências e 58,26% das formas) dessas hápax (palavras que aparecem no *corpus* apenas uma vez), com média de 50,58 ocorrências por texto. Novamente não foi possível realizar a CHD por conta do tamanho do *corpus*. O resultado da análise de similitude do *corpus* pode ser observado na figura 2. A ligação entre as comunidades acontece de forma linear, sendo a comunidade organizada em torno do verbete “sentir” se liga a “ficar”, que por sua vez se liga a “mão”, que se liga a “sequela” e que, por fim se liga a “ver”.

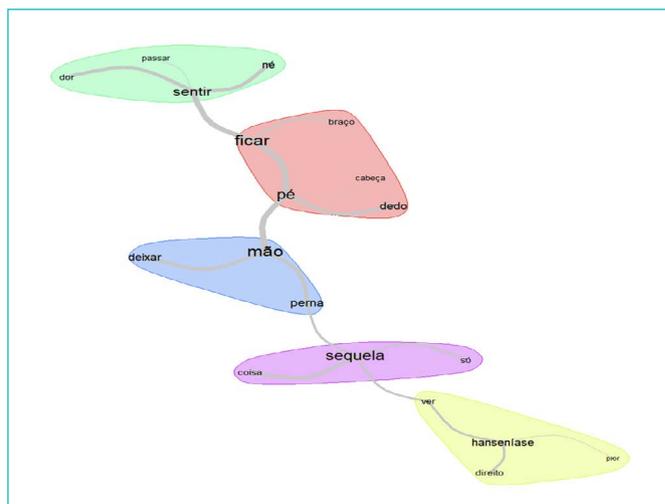


Figura 2. Análise de similitude do corpus sequelas e deformidades no corpo, gerado pelo Software Iramuteq versão 0.7

Corpus 3: Percepção quanto às barreiras/dificuldades para a execução das ações de autocuidado

Os discursos dos sujeitos coletivos (DSC) reforçam que as sequelas deixadas pela hanseníase ocasionam dificuldades na realização de atividades da vida diária, tarefas básicas de autocuidado, que incluem os cuidados com a higiene corporal e oral até atividades como vestir-se, arrumar-se, realizar atividade física, andar e transferir-se da cama para cadeira de rodas.

As maiores dificuldades são na hora que eu vou me deitar, que é ruim, mas [...] não me sinto bem na hora de eu me trocar [...] tenho medo de eu cair, como eu já caí várias vezes. Impede de fazer tudo [...] pra vestir uma roupa, tomar um banho. Não posso andar, me seguro na cadeira. É ruim. E segurar copos, xícaras, garrafas [...] se eu pegar em coisa quente nasce bolha. Me queimo. São dormentes minhas mãos. Olha o que eu mais necessito é de caminhar normal, como eu era [...]

caminhar normal pra eu poder me sentir bem (E1, E3, E4, E5, E7, E10, E11, E12).

Os 12 textos que compõe o *corpus* “dificuldades nas atividades diárias” foram divididos em 31 segmentos de texto, com 850 ocorrências, 296 formas, sendo 178 (20,94% das ocorrências e 60,14% das formas) dessas hâpax (palavras que aparecem no *corpus* apenas uma vez), com média de 70,83 ocorrências por texto. Como esperado, a CHD não pôde ser realizada por conta do tamanho do *corpus*.

Os dados podem ser observados na figura 3, em que o *corpus* foi organizado em torno da comunidade “dificuldade”, ligando-se às comunidades “pegar” e “hanseniano” que se liga à comunidade “medo”, e “problema” que se liga à “coisa”. Essa comunidade corrobora que as sequelas deixadas pela hanseníase resultam em diversas dificuldades para execução das ações de autocuidado.

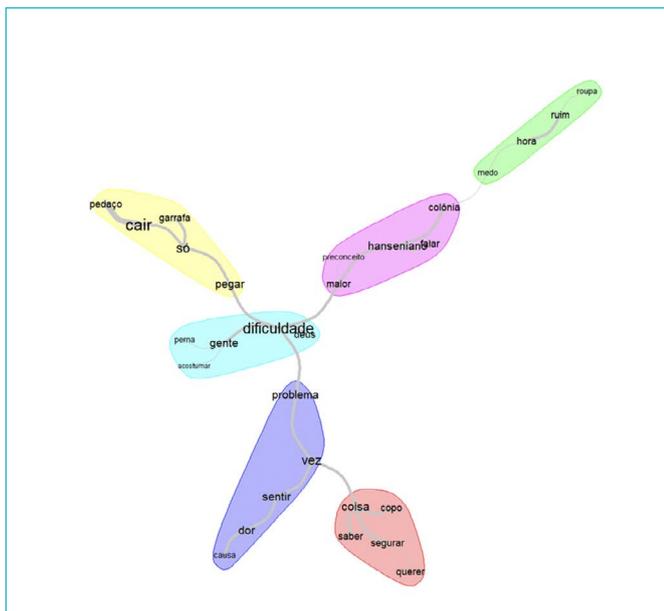


Figura 3. Análise de similaridade do *corpus* dificuldades na execução das ações de autocuidado, gerado pelo Software Iramuteq versão 0.7

DISCUSSÃO

Verificou-se as percepções das pessoas com sequelas pela hanseníase acerca do autocuidado à luz de sua base cultural, sob a ótica da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, a partir de dois principais conceitos: cuidado e cultura. Aponta-se o cuidado como um fenômeno essencial para a saúde, o desenvolvimento humano, a formação de vínculos sociais, o bem-estar e a sobrevivência, tendo como objetivo a ajuda e o suporte, o desenvolvimento ou restabelecimento do estado de saúde, da condição humana, do estilo de vida e do enfrentamento no processo da morte.⁽¹⁴⁾

Neste estudo, foi possível verificar a predominância de pessoas do sexo masculino, corroborando com outros estudos que enfatizam esse achado,⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ bem como o baixo nível educacional, evidenciados também em outros estudos sobre o tema, que mostraram uma porcentagem de 83%⁽¹⁹⁾ e de 71,1%⁽¹⁷⁾ entre os não alfabetizados e os que tinham ensino fundamental incompleto.

Em relação à percepção sobre autocuidado, constatou-se que este se limitou às práticas de higiene. Talvez, isso ocorra devido à baixa escolaridade dos participantes do estudo. Um estudo realizado em Minas Gerais, com pacientes portadores de doenças crônicas, evidenciou que 66,7% dos pacientes que tinham baixa escolaridade apresentaram tratamento funcional em saúde inadequado, enquanto que os entrevistados com grau de escolaridade maior foram 38%, ressaltando que a compreensão das informações em saúde favorece a tomada de decisão em relação ao autocuidado.⁽²⁰⁾

Em relação ao autocuidado apoiado, foi possível verificar que as pessoas com sequelas pela hanseníase apresentaram a mesma percepção que o autocuidado, não relacionando o apoio da equipe de saúde aos cuidados com suas condições crônicas. Enfatiza-se que, para a melhoria das condições de saúde, é necessário o apoio da equipe multidisciplinar para reforçar a importância das ações de autocuidado.

Aponta-se que os principais objetivos do autocuidado apoiado são gerar informações e desenvolver habilidades nas pessoas portadores de condições crônicas para adquirirem conhecimentos relacionados a sua condição e, assim, vencer os obstáculos que se contrapõem às melhorias na saúde, por meio de avaliação, pactuação de metas, elaboração de planos de cuidado, de forma individualizada, e monitoramento, utilizando os recursos das instituições de saúde e da comunidade.⁽⁵⁾

No contexto da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, pode-se afirmar que a dificuldade na conceituação de autocuidado e autocuidado apoiado trata-se de diferenças culturais que existem entre as pessoas, já que são termos técnicos, usados pelos profissionais de saúde. Portanto, o uso de termos específicos e de linguagem incompatível tem sido descrito como uma grande barreira na comunicação entre profissionais e usuários, podendo comprometer o entendimento de informações pelos usuários, afetando a compreensão em saúde,⁽²¹⁾ coadunando com a proposição da relação cuidado e cultura, ou seja, o cuidado cultural.

Dessa forma, o cuidado cultural pode ser definido como valores, crenças e estilos de vida aprendidos e transmitidos, que ajudam, oferecem suporte, facilitam, possibilitam

ou permitem as pessoas manterem sua saúde e bem-estar, melhorando sua condição de saúde, doença, deficiência e morte.⁽⁶⁾ Com efeito, o interesse da pessoa com deficiência em buscar ajuda para cuidar de si, evidencia que esteja disposta para enfrentar a fase de reabilitação e superação de medos, angústias e sensação de perdas.⁽²¹⁾

Em relação às sequelas e deformidades, é visto que, em decorrência das mesmas, seus portadores são impossibilitados de realizarem plenamente seu autocuidado, necessitando de ajuda, que pode ser feito pelo enfermeiro, por meio do autocuidado apoiado. De fato, o comprometimento neural pode provocar deformidades, contribuindo para a instalação de sequelas e favorecendo as dificuldades funcionais.

Um estudo realizado na cidade de Recife-PE e na região metropolitana com pessoas afetadas pela hanseníase, inseridas em grupos de apoio ao autocuidado, apontou que 84,2% dos participantes apresentavam incapacidades, afetando a qualidade de vida e a realização do autocuidado.⁽¹⁸⁾ Outro estudo, realizado em 10 municípios de Minas Gerais, ratifica esse achado quando aponta que 79,1% dos participantes apresentavam incapacidades no momento do diagnóstico.⁽¹⁹⁾ Em outro estudo, com 434 pacientes, detectou-se que 26% dos pacientes apresentavam incapacidades físicas, dificultando as atividades de autocuidado.^(22,23)

Quanto às barreiras/dificuldades para realização das ações de autocuidado, constatou-se um comprometimento na capacidade funcional, ocasionando impedimento na realização das atividades de vida diária como andar, vestir-se, arrumar-se, realizar atividades físicas e transferir-se da cama para a cadeira de rodas. Nesse contexto, um estudo realizado na Paraíba apontou que as principais dificuldades enfrentadas pelas pessoas com hanseníase para a realização de atividade de vida diária são: trabalhar, caminhar e realizar tarefas domésticas.⁽¹⁷⁾

Por conseguinte, enfatiza-se a necessidade diária do autoexame no corpo como prevenção de futuras sequelas, bem como adaptações em instrumentos e objetos de manuseio diário para evitar acidentes.

Consoante a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, entende-se essas dificuldades e barreiras como a visão de mundo, a maneira na qual as pessoas percebem o mundo ou o universo e formam um quadro de valor ou atitude entre o mundo e suas vidas,⁽⁸⁾ pois é perceptível que as limitações estão atreladas ao estilo de vida e associadas às condições crônicas de saúde.

Por certo, cabe mencionar o contexto ambiental definido pela teórica⁽⁸⁾ como a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que concede significados às expressões humanas, no contexto das interações sociais, físicas,

emocionais e culturais, que dão sentido à prática profissional de enfermagem no fornecimento do cuidado cultural.

Assim, nesse contexto ambiental, além da presença das sequelas que impossibilitam o realizar-se plenamente como ser humano, observa-se que é primordial a compreensão das necessidades culturais para um agir profissional mais dinâmico e humanizado, com o olhar voltado à participação ativa das pessoas, ou seja, subsidiar os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, para a implementação de ações efetivas de autocuidado apoiado nos diversos cenários assistenciais.

Salienta-se ainda que os profissionais podem direcionar as ações educativas nas reais necessidades das pessoas, nas suas dúvidas e no seu contexto social e cultural e não somente no que o profissional entende ser importante para a pessoa,⁽²⁴⁾ bem como, sugerir modificações na gestão do cuidado e nas ações de controle da hanseníase.⁽²⁵⁾

Por fim, ressalta-se a importância da competência cultural do enfermeiro para subsidiar o apoio ao autocuidado das pessoas com sequelas pela hanseníase. Entende-se por competência cultural o processo de reflexão e ação que consiste em aprender a congregiar realidades diversas para a prestação de um cuidado eficaz nos contextos culturalmente diversos, de construção de uma relação de confiança com o outro, reinventando a prática, tendo como referência a experiência clínica e a promoção de um ambiente de aprendizagem⁽²⁶⁾ que proporcione apoio adequado ao autocuidado.

Como limitações do estudo, aponta-se o fato de ter sido realizado em um hospital colônia, mostrando a realidade apenas de um universo institucionalizado, por isso, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos, nessa mesma perspectiva, com o propósito de ampliar e melhorar a assistência prestada nas instituições de saúde que atendem pessoas com sequelas pela hanseníase.

O estudo contribui de forma efetiva para a prática, pois serve de direcionamento aos profissionais de saúde, em relação à importância da valorização do cuidado inserido no contexto da cultura das pessoas, para que dessa forma, possam respeitar a individualidade de cada ser e sua subjetividade, cientes do apoio a suas escolhas e tomadas de decisão, assim, coadunando para uma comunicação intercultural e que apoia o autocuidado.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou constatar que as percepções das pessoas em relação ao autocuidado estão relacionadas às práticas de higiene. De fato, a higiene engloba limpeza, conservação, cuidado com o corpo e com o ambiente onde se vive, proporcionando assim, saúde física, social e mental, evitando a disseminação de patógenos. No entanto, o autocuidado abrange

uma dimensão integral de cuidados que, se realizados eficientemente, proporciona melhorias no bem-estar e na qualidade de vida. As sequelas e deformidades no corpo, em decorrência da hanseníase, foram apontadas como as principais barreiras para a execução do autocuidado e de atividades de vida diária, interferindo sobremaneira na satisfação das pessoas nas dimensões física, moral, intelectual, emocional e social, afetando sua subjetividade e causando prejuízos na qualidade de vida. Os resultados dessa pesquisa pretendem provocar inquietações no sentido de estimular outros estudos acerca do autocuidado, inserido no contexto cultural das pessoas, excepcionalmente, daquelas com sequelas pela hanseníase,

doença negligenciada, porém, presente em nosso país, causando muitas incapacidades e afetando, sobretudo, a plena realização das ações de autocuidado.

Contribuições

Concepção e/ou desenho: Costa, Rayla Maria Pontes Guimarães. Redação do artigo: Costa, Rayla Maria Pontes Guimarães. Revisão crítica: Santos, Gerarlene Ponte Guimarães. Redação final: Santos, Gerarlene Ponte Guimarães; Costa, Rayla Maria Pontes Guimarães; Almeida, Joelson dos Santos. Aprovação da versão final: Mendes, Layza Castelo Branco Mendes.

REFERÊNCIAS

- Haefner K, Walther F, Chichava OA, Ariza L, Alencar CH, Alencar MJF, et al. High occurrence of disabilities caused by leprosy: census from a hyperendemic area in Brazil's savannah region. *Lepr Rev*. 2017;88(4):520-32.
- Lobato DC, Neves DC, Xavier MB. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2016;7(1):45-53.
- Monteiro LD, Alencar CH, Barbosa JC, Braga KP, Castro MD, Heukelbach J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):909-20.
- Souza EA, Ferreira AF, Heukelbach J, Boigny RN, Alencar CH, Ramos AN. Epidemiology and spatiotemporal patterns of leprosy detection in the state of Bahia, Brazilian Northeast region, 2001-2014. *Trop Med Infect Dis*. 2018;3(3):79.
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado 2020 Maio 6]. 512 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_sauade.pdf.
- Leininger MM, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Canadá: Jones and Bartlett's Publishers Inc; 2006. 612 p.
- Costa RM, Mendes LCB. Quality of life of people with leprosy sequelae and self-care: an integrative review. *Ciênc Cuid Saúde*. 2020;19:1-8.
- Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories and practices. New York: Wiley & Sons; 1979. 624 p.
- Polit, DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 670 p.
- 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.
- Lefevre F, Lefevre AM. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):502-7.
- Ratinaud P, Marchand P. Application de la méthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilité des "mondes lexicaux": analyse du "CableGate" avec IRaMuTeO. *JADT [Internet]*. 2012 [citado 2018 Out 22]:835-44. Disponível em: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud.%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste.pdf>
- Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ [Internet]. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina; 2016 [citado 2018 Out 22]. 18 p. Available from: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeO%20em%20portugues_17.03.2016.pdf
- Leininger MM. Care: the essence of nursing and health. Thorofare, NJ: Charles B. Slack Inc; 1988. 266 p.
- Bezerra PB, Silva MC, Andrade MC, Sílvia LV. Physical and functional evaluation of patients with leprosy. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015;9(8):9336-42.
- Araújo DA, Brito KK, Santana EM, Soares VL, Soares MJ. Characteristics of people of quality of life with leprosy in outpatient treatment. *Rev Fund Care*. 2016;8(4):5010-6.
- Fortunato CN, Silva AC, Mendes MS, Silva Júnior SV, Silva AB, Freire ME. Quality of life of people with hansen's disease assisted in a reference hospital, Paraíba-Brazil. *Global Nurs*. 2019;(56):146-58.
- D'Azevedo SS, Santos DC, Alves MG, Sousa NM, Arruda GA, Lima MC, et al. Quality of life of people affected by leprosy in self-care support groups. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e64266.
- Ribeiro GC, Lana FCF. Physical disabilities in leprosy: characterization, factors related and evolution. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):495-502.
- Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira IR, Pinto FA, et al. Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(3):1121-32.
- Al Sayah F, Williams B, Pederson JL, Majumdar SR, Johnson JA. Health literacy and nurses' communication with type 2 diabetes patients in primary care settings. *Nurs Res*. 2014;63(6):408-17.
- Machado WC, Silva HF, Almeida WG, Figueiredo NM, Martins MM, Henriques FM, et al. O autocuidado para pessoas com deficiência adquirida: reflexão sobre intervenções de enfermagem frente aos enfrentamentos da reabilitação. *Enferm. Foco*. 2019;10(5):109-16

23. Ramos AC, Yamamura M, Arroyo LH, Popolin MP, Chiaravalloti Neto F, Palha PF, et al. Spatial clustering and local risk of leprosy in São Paulo, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017;11(2):1-15.

24. Martins NF, Abreu DP, Silva BT, Bandeira EO, Lima JP, Mendes JM. Functional literacy on health of elderly people in a family health unit. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2019;9:e2937.

25. Leite TR, Lopes MS, Maia ER, Cavalcante EG. Avaliação da estrutura da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase. *Enferm Foco*. 2019;10(4):73-8.

26. Garneau AB, Pepin J. Cultural competence: a constructivist definition. *J Transcult Nurs*. 2015;26(1):9-15.

FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO SABER LOCAL DE POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

TRAINING OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT IN THE PERSPECTIVE OF LOCAL KNOWLEDGE OF RIVERSIDE DWELLERS
FORMACIÓN DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD EN LA PERSPECTIVA DEL SABER LOCAL DE POBLACIONES RIBEIRINHAS

Rosane Vieira Lobato¹

Rayssa Muniz Medina Viana¹

Laura Maria Vidal Nogueira¹

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues¹

Bárbara Lopes Paiva¹

Angela Maria Rodrigues Ferreira¹

(<https://orcid.org/0000-0001-5242-6570>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7164-9825>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0065-4509>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9968-9546>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1790-3930>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6321-7512>)

Descritores

Educação; Agentes comunitários de saúde; Enfermagem

Keywords

Education; Community health workers; Nursing

Descriptorios

Educación; Agentes comunitarios de salud; Enfermería

Recebido

3 de Setembro de 2020

Aceito

29 de Março de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Rosane Vieira Lobato

E-mail: rosane_lobato@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar se a formação dos Agentes Comunitários de Saúde de equipes ribeirinhas contempla subsídios para a utilização de seu saber popular e discutir sua percepção em relação à formação que valoriza a hierarquização de saberes e a prática transformadora no território.

Métodos: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa-descritiva, realizado em quatro unidades de Estratégia Saúde da Família, em Belém-Pará, com a participação de 20 Agentes Comunitários de Saúde. Os dados foram coletados, por meio de entrevista individual semiestruturada, e analisados por meio da análise de conteúdo.

Resultados: Como resultados emergiram duas categorias: O processo de formação e; o saber local na formação e na prática profissional.

Conclusão: o processo de formação necessita ser implementado contemplando a cultura dos ribeirinhos para uma prática mais efetiva e transformadora no território.

ABSTRACT

Objective: The aim was to analyze if the training of Community Health Agents of riverside teams contemplates subsidies for the use of their popular knowledge and discuss their perception in relation to the training that values the hierarchization of knowledge and the transforming practice in the territory.

Methods: This is a qualitative-descriptive study carried out in four units of Family Health Strategy in Belém-Pará, with the participation of 20 Community Health Agents. Data were collected, through a semi-structured individual interview, and analyzed through content analysis.

Results: Two categories emerged: The training process e; local knowledge in training and professional practice.

Conclusion: that the training process needs to be implemented contemplating the culture of the riverside for a more effective and transformative practice in the territory.

RESUMEN

Objetivo: Analizar si la formación de los Agentes Comunitarios de Salud de equipos ribereños contempla subsidios para la utilización de su saber popular y discutir su percepción en relación a la formación que valora la jerarquización de saberes y la práctica transformadora en el territorio.

Métodos: Se trata de un estudio con abordaje cualitativo-descriptivo, realizado en cuatro unidades de Estrategia Salud de la Familia, en Belém-Pará, con la participación de 20 Agentes Comunitarios de Salud. Los datos fueron, por medio de una entrevista individual semiestructurada, y analizados por medio del análisis de contenido.

Resultados: Surgieron dos categorías: El proceso de formación y; el saber local en la formación y en la práctica profesional.

Conclusión: El proceso de formación necesita ser implementado contemplando la cultura de los ribereños para una práctica más efectiva y transformadora en el territorio.

¹Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

Como citar:

Lobato RV, Viana RM, Nogueira LM, Rodrigues IL, Paiva BL, Ferreira AM. Formação do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva do saber local de populações ribeirinhas. *Enferm Foco*. 2021;12(3):575-81.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4366

INTRODUÇÃO

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) iniciou-se no Brasil no ano de 1987, com uma experiência no município de Jucás – Ceará, visando reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna. Por seus resultados positivos o Ministério da Saúde (MS) ampliou o Programa e, no início da década de 1990, instituiu o Programa Nacional de Agentes Comunitários (PNACS). No ano de 1992, ele passou a se chamar Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994 incorporando o PACS surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), visando a reorganização das práticas de saúde e a substituição do modelo tradicional (hospitalocêntrico), que se configurava até então.⁽¹⁻³⁾

O PSF é desenvolvido por equipe multiprofissional, com intensa participação da comunidade³. Uma variedade desse modelo de atenção à saúde são as equipes de saúde ribeirinhas e fluviais que são constituídas de seis a doze Agentes Comunitários de Saúde, como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),⁽⁴⁾ atualizada pela Portaria Ministerial nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização dos serviços de saúde nesse nível de atenção.

O ACS é integrante da comunidade, morador da área, portanto conhecedor da dinâmica social, dos valores, das formas de organização e do conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, na comunidade, as parcerias e articulações locais.⁽⁵⁾

A formação de Agentes Comunitários de Saúde para equipes ribeirinhas impõe a necessidade de problematizar esse território e o modo de vida loco regional, na perspectiva de uma mediação transformadora dos saberes, para construção de novos conhecimentos e inovação nas práticas de saúde. Para isso, faz-se necessário tomar como ponto de partida o saber prévio dos ACS, adquirido por sua história de vida, sua prática social e cultural.^(5,6)

O modelo pedagógico de Paulo Freire defende o diálogo entre educador e educando, sem imposição de saberes de cultura, mas uma construção mediada por esses saberes. Nessa percepção, os pressupostos desse modelo se fundamentam na ideia de que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho.⁽⁶⁾ O autor considera ainda que o diálogo deve se dar por meio de uma relação horizontal e não vertical entre as pessoas implicadas, isso significa que o saber de todos deve ser valorizado. Essa ideia é presente nas reflexões do sociólogo português Boaventura de Souza Santos⁽⁷⁾ ao reconhecer que os saberes estão imbricados, e que “nenhum deles pode compreender-se a si próprio

sem se referir aos outros”, caracterizando a pluralidade dos saberes e, dando aporte teórico a Teoria da Ecologia dos Saberes.

Um estudo⁸ questionou o processo de formação do ACS que não valoriza o saber genuíno, admitindo ser contraditório propenso a estimular às práticas biomédicas. Identificou ainda que, esse processo de formação é “desestruturado, fragmentado e na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel”.

Este estudo apresenta as seguintes questões norteadoras: Qual a percepção do Agentes Comunitários de Saúde de equipes ribeirinhas em relação a capacitação que recebe? A formação do Agente Comunitário de Saúde de equipe ribeirinha permite contemplar o saber local em saúde? Existe na visão desse trabalhador uma hierarquização de saberes?

A partir destes questionamentos, objetivou-se discutir a percepção do Agente Comunitário de Saúde de equipes ribeirinhas em relação à formação que valoriza a hierarquização de saberes e a prática transformadora no território, e analisar se essa formação contempla subsídios para a utilização de seu saber popular.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado nas ilhas do Combu e Mosqueiro, duas ilhas que fazem parte do município de Belém, e que tem seus ecossistemas formados por rios, igarapés, áreas de florestas e praias.

Participaram do estudo 20 Agentes Comunitários de Saúde que correspondem a 66,6% do total de Agentes das equipes, assim distribuídos: 5 da ESF da Ilha do Combu, e 15 de Mosqueiro. O critério de inclusão foi exercer as atividades de Agente Comunitário de Saúde há no mínimo, 2 anos.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas mediante autorização dos entrevistados, que foram codificados com a sigla ACS, referente à Agente comunitário de Saúde e numeração sequencial de acordo com a ordem das entrevistas. Antecedendo a coleta de dados foi feita leitura e solicitada assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram transcritas na íntegra a fim de não haver perdas, com o auxílio do programa Voice Note II e registrado no Word Office 2010. Em seguida, foi sistematizado o processamento e análise dos dados, com base na Análise de Conteúdo⁹. Para tanto foram feitas leituras sucessivas nas transcrições, destacando-se em cores as

expressões ou frases mais relevantes. Neste momento começaram a surgir às primeiras hipóteses relacionadas ao tema. Posteriormente os dados foram transportados para o programa Excel 2010, proporcionando uma visão mais ampla que permitiu organizar e agregar em unidades os conteúdos das falas, permitindo a identificação das categorias.

A pesquisa atendeu às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, sob o número: 1.139.643.

RESULTADOS

O perfil socioprofissional dos ACS correspondeu a 45% (9) na faixa etária de 20 a 30 anos, 30% (6) entre 31 e 40 anos, e 25% (5) entre 41 e 50 anos de idade. Quanto a escolaridade, houve predomínio para ensino médio completo com 75% (15), entretanto, 5% (1) informaram formação superior em nível de graduação. Em relação ao tempo de trabalho como ACS, 70% (14) referiram entre 2 e 5 anos, certamente decorrente da rotatividade de profissionais, e do vínculo trabalhista precário, ainda presente em muitos municípios da região Norte que apresentam baixa cobertura da atenção básica. Ainda relacionado ao perfil, 75% (15) não possuíam experiência anterior de trabalho comunitário, demandando a inclusão de abordagens específicas no processo de formação. A partir da análise do *corpus* do estudo sobre a formação e a prática profissional foi possível organizar o conteúdo em duas categorias que analisam: o processo de formação; e o saber local na formação e na prática profissional.

O processo de formação

A formação do ACS se constitui etapa preliminar à sua inserção na equipe da ESF, sendo prevista no Artigo 6º da Lei 11.350/2006 que regulamenta o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil¹⁰. Os dados obtidos revelaram que essa diretriz não vem sendo executada plenamente, visto que alguns Agentes Comunitários de Saúde não realizaram o curso introdutório de formação inicial e continuada, apenas capacitações relacionadas aos protocolos ministeriais para controle de doenças e prevenção de agravos. Afirmaram ainda que o desenvolvimento de habilidades para o trabalho ocorreu com o apoio e orientação dos Agentes Comunitários de Saúde que já atuavam nas equipes locais, conforme ilustrado nos depoimentos a seguir:

[...] não teve nenhum treinamento, nenhum introdutório, nada [...] (ACS 12).

[...] para não dizer que não teve, no primeiro dia foi só tipo uma palestra, mas o curso introdutório mesmo não teve, [...] as meninas (ACS) que já estavam lá que foram me levar [...] e eu aprendi com elas, no dia a dia [...] (ACS 10).

Nos relatos que indicaram a oferta do curso introdutório identificou-se que foram ministrados na forma de palestras pouco interativas, sendo incipientes as experiências que se apoiaram em dinâmicas pedagógicas ativas. Essa opção metodológica tradicional foi evidenciada, inclusive nas capacitações, que utilizavam como apoio didático: Datashow, apostilas, panfletos, manuais técnicos e os impressos que os Agentes Comunitários de Saúde preenchiam no, dia-a-dia, na comunidade para subsidiar os relatórios estatísticos:

[...] foram só mostrando algumas fichas que são preenchidas [...] em relação ao conhecimento que foi passado no curso, é um pouco vago, foi superficial, só para mostrar os programas (de saúde) e como funcionavam (ACS 05).

[...] trabalharam com palestra, e assim o básico [...] porque o que a gente aprendeu lá, foi basicamente as doenças e seus sintomas (ACS 19) [...] só era apostila [...] palestras [...] depois a gente fez uma avaliação (ACS 18).

De acordo com os participantes, os conteúdos abordados nos cursos não valorizavam a dinâmica de vida nos territórios, nem tampouco os indicadores e os determinantes sociais da saúde, remetendo aos Agentes Comunitários de Saúde o desafio de produzir conexão entre as reflexões teóricas e o dia-a-dia nas comunidades, a exemplo da falta de saneamento básico e água tratada para consumo humano. Consideraram ser importante conhecer previamente a realidade de vida da população para subsidiar a elaboração de um plano de trabalho que privilegie os principais problemas de saúde, e conseqüentemente o enfrentamento dos desafios presentes:

[...] a gente viu lá de uma maneira e quando nós chegamos aqui é totalmente diferente, porque na teoria é uma coisa muito bonita, agora na prática, a gente tem muita dificuldade para exercer nosso trabalho. [...] a nossa área aqui não tem asfalto, é poço, sanitário aberto. As vezes a pessoa é muito carente, é pobrezinha, a casa é de chão mesmo [...] as ribeirinhas são piores, são muito carentes [...] uma situação assim de

miséria muito grande, que mexe com a gente, aí o nosso trabalho fica difícil (ACS 03).

[...] quando a gente veio para a área, foi aí que a gente teve a real visão da situação do que acontece realmente, porque lá (no curso) é aquilo tudo bonitinho, como se fosse uma cartilha que a gente tivesse que aprender e fosse assim desse jeito: olhou a cartilha identifica. Mas envolve muito mais... a questão psicológica, a questão social, o ambiente, entendeu?! (ACS 19).

O processo de formação do ACS deve valorizar suas atividades profissionais na comunidade e, deve estar voltado para a promoção da saúde e prevenção do adoecimento, o que não foi cumprido, haja vista que, para os participantes, há maior dispêndio de carga horária com o aspecto curativo das doenças.

Eles foram passando para a gente só a doença, mas o nosso trabalho é prevenção, né? [...] para mim o trabalho do ACS é voltado para a promoção e a prevenção (ACS 01).

No que diz respeito a operacionalização dos cursos e capacitações, os Agentes Comunitários de Saúde relataram o esforço das enfermeiras para realizar o introdutório, mesmo diante da falta de material e da logística necessária. Reconheceram a limitação nos conteúdos repassados e a necessidade de mais oportunidades para adquirirem novos conhecimentos e assim qualificar seu trabalho junto às comunidades.

Teve o introdutório elaborado pelas enfermeiras [...] elas se interessaram, mas não teve apoio [...] não tinha material didático para passar para gente [...] elas não tiveram uma capacitação para poder ensinar a gente [...] antes das enfermeiras capacitarem a gente elas também tinham que ter passado por uma capacitação para poder fazer o serviço adequadamente (ACS 12).

O saber local na formação e na prática profissional

Segundo os participantes, não houve demonstração de interesse por parte dos instrutores em saber o que conheciam a respeito dos assuntos que seriam ministrados, bem como as práticas de saúde utilizadas na comunidade. O interesse maior dos instrutores esteve relacionado à possível experiência profissional dos Agentes Comunitários de Saúde na comunidade, e na qualidade de usuário do Sistema Único de Saúde.

[...] foram poucas as vezes que eles procuraram saber, o quê que a gente conhecia, qual era o nosso conhecimento (ACS 19).

Elas até perguntavam, mas era tipo aquele padrão de escola: 'você já viram isso?'; 'já aprenderam?'; 'têm alguma dúvida?'. Aí todo mundo ficava calado e continuava de onde estava (ACS 12).

Em relação à prática diária na comunidade, referiram que é possível utilizar o conhecimento empírico para fazer suas orientações, e que associam o saber local com o conhecimento científico. Alguns, porém, referiram acreditar na existência de um conhecimento científico que justifique aquele saber popular, e reconheciam ser importante buscar evidências científicas para o conhecimento popular. Desse modo descreveram o exercício profissional valorizando o saber local agregado à biomedicina, fortalecido pelos valores culturais próprios, sem direcionamento pelo curso de formação.

É a gente faz uma junção, um pouco que a gente sabia com mais o que foi aprendido aqui no curso (ACS 02).

Eu associo alguns conhecimentos aprendidos com nossos antepassados com o que a gente aprendeu lá (no curso), e mais o que a gente vai aprendendo (ACS 17).

Entendem que existe a possibilidade de trabalhar juntos, o conhecimento científico e o popular, e para isso, segundo eles, é necessário falar a linguagem da população, ter bom senso para abordar a pessoa na comunidade e quando necessário, estar disposto a solicitar a ajuda de outros profissionais.

DISCUSSÃO

Na legislação 11.350/2006⁽¹⁰⁾ para a atividade do Agente Comunitário de Saúde é exigida apenas a conclusão do ensino fundamental, entretanto foi aprovado em 2017 na Câmara Federal, o Projeto de Lei (PCL) 56/2017,⁽¹¹⁾ que passou exigir maior escolarização, devendo possuir ensino médio completo e curso de formação inicial de 40 horas de acordo com as Diretrizes do Conselho Nacional de Educação. Adicionalmente, os Agentes Comunitários de Saúde deverão fazer cursos de aprimoramento de 200 horas a cada 24 meses de atuação.

Neste estudo, os Agentes Comunitários de Saúde, apresentaram perfil socioprofissional com nível de escolaridade predominante de ensino médio completo, adequado ao novo Projeto PCL 56/2017, que orienta a contratação de profissionais cada vez mais qualificados para atuar na atenção primária. Esse achado representa uma fortaleza para a composição da Estratégia de Saúde da Família, sobretudo porque a

região apresenta elevadas taxas de analfabetismo por diferentes fatores, como a falta de acesso à educação formal.

As novas propostas do PCL 56/2017, são reforçadas por um estudo¹² que alerta sobre a importância de romper paradigmas do sistema de saúde com intuito de melhorar a qualidade do trabalho em saúde e isso implica em fortalecer a equipe com profissionais cada vez mais qualificados, não só tecnicamente, mas também valorizando e aprofundando seus conhecimentos sobre os saberes culturais, ou seja, não deve perder o papel de ser elo entre o saber técnico e o saber popular.

Dificuldades em relação à formação dos Agentes Comunitários de Saúde estão relacionadas a fatores diversos tais como, a não elaboração e execução de um plano de educação permanente pelos seguimentos responsáveis, que nem sempre cumprem sua atribuição de oferecer o Curso Introdutório. A inexistência de um espaço de discussão a respeito da prática cotidiana no território que expõe o ACS a dissabores profissionais e fragiliza sua intervenção. Estudos⁽¹²⁻¹⁵⁾ debatem a vulnerabilidade na formação em saúde e destacam a necessidade de uma proposta de educação continuada, traçada a partir de um processo de reflexão sistemático, planejado e orientado, a fim de estruturar a construção da aprendizagem.

Os Agentes Comunitários de Saúde são pessoas com vivência na dinâmica do território, o que deve ser valorizado na sua formação. Nesse sentido, estudiosos,⁽¹⁶⁾ consideraram que a formação de profissionais fica mais acessível a partir do desejo de resolver problemas que são identificados diariamente, tornando-se necessário, para isso, a criação de espaços de discussão sobre a ação profissional não só do ACS, mas de toda a equipe.

Merece destaque neste contexto, dois aspectos: um relacionado ao conteúdo abordado nas poucas experiências dos Cursos Introdutórios/Capacitações; e outro referente a metodologia adotada, pois fica evidente um distanciamento das diretrizes propostas, haja vista a priorização de orientações a respeito de doenças, agentes imunizantes e preenchimento de formulários.

Tais abordagens direcionam a ação do ACS para a vigilância epidemiológica e atividades burocráticas, produzindo um distanciamento da real natureza de seu trabalho. Outro ponto importante é o reconhecimento por parte dos Agentes Comunitários de Saúde que os conteúdos foram insuficientes em relação à realidade de vida da população local, o que torna algumas temáticas muito abstratas.

Identificou-se⁽¹⁷⁾ que há uma dificuldade de compreensão da real função do ACS, uma vez que durante o curso de formação e demais capacitações aprende a priorizar orientações

que são voltadas ou possuem respaldo na biomedicina. Dessa forma, esse agente que deveria agir como facilitador da comunicação entre os profissionais da ESF e a população do território de atuação, de maneira a fomentar a aproximação entre esses atores e, conseqüentemente, a criação de elos entre estes, ou ainda realizar uma mediação entre os saberes, recebe formação para atuar reproduzindo a ideia do controle sanitário dos serviços sobre a população.⁽¹⁸⁾

Em se tratando de comunidades ribeirinhas, essa preocupação torna-se mais evidente devido a diversidade geográfica e cultural que permeiam a vida nesses territórios, já que estão inseridos em uma dinâmica territorial peculiar, com problemática de saúde relacionada ao modo de vida às margens de rios e igarapés, com forte valorização de práticas nativas de cura.

As estratégias metodológicas que vêm sendo utilizadas no processo de formação/capacitação reproduzem métodos que pouco valorizam a interatividade e o conhecimento individual, com transmissão de informações por meio de palestras. Essa modalidade de ensino foi avaliada pelos Agentes Comunitários de Saúde como inadequada, por não aprofundar as discussões e não valorizar os conhecimentos já acumulados por eles.

A formação do ACS é resultante de uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, sendo que a execução dos Cursos Introdutórios vem sendo assumidos pelos enfermeiros. A literatura⁽¹⁹⁾ relata que os enfermeiros são aptos a assumirem posições de líderes, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade, mas também afirma que o sucesso do enfermeiro líder aqui é altamente dependente dos esforços colaborativos e eficientes de todos os setores da unidade de saúde no planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas.

A formação quando planejada no nível local, confere autonomia à equipe de saúde, essencialmente ao enfermeiro para adequar os conteúdos à realidade, utilizando estratégias de aprendizagem significativa, assumindo o desafio de romper o ensino tradicional, de natureza verticalizada, que se apoia na concepção de hierarquização da equipe, no antidiálogo, que nos remete à concepção bancária da educação.⁽¹³⁻¹⁷⁾

Esse é um desafio para as equipes estudadas, visto que a lógica de trabalho encontrada nas equipes de saúde da família ribeirinhas é de treinamentos com repasse de informações, sem oportunidade de problematização do contexto de vida loco regional, induzindo os Agentes Comunitários de Saúde a um comportamento passivo, de objetos do processo.⁽⁶⁾

De acordo com Paulo Freire, para que a capacidade de intervir na comunidade se concretize, é indispensável um processo educativo que ultrapasse o ler e o escrever de

palavras, é necessário problematizar as condições que se vive, no lugar, no momento, e no dado contexto em que existem, buscando assim uma compreensão crítica da realidade e promovendo dessa forma uma educação vinculada à vida, que possibilitará também a leitura do mundo⁶. É essencial estabelecer uma dinâmica para aprendizagem contemplando as experiências vivenciadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e assim fortalecer as práticas futuras na comunidade.

Nas comunidades ribeirinhas, as práticas nativas de cura são presentes e, por conseguinte fazem parte do cotidiano profissional do ACS, sua ação na comunidade engloba diversas atividades de diferentes áreas do conhecimento, portanto é complexa e dinâmica. Nesse sentido a Teoria da Ecologia dos Saberes⁷, defende a existência de uma dinâmica entre ambiente e os vários conhecimentos pertencentes ou não ao mesmo. Considera ainda ser essencial uma consistência nas ações de saúde com diálogo entre as várias formas de conhecimentos.

Os Agentes Comunitários de Saúde manifestaram opinião que não se pode receber um conhecimento pronto, nesse sentido consideraram imprescindível conhecer a realidade de vida da população, demonstrando alcance da dimensão da complexidade do trabalho. Na concepção de Boaventura Souza Santos⁽⁷⁾ é importante à assimilação de conhecimentos, ter o conhecimento que cada saber existe apenas em meio a outros saberes, ou seja, não há espaço para hierarquização de conhecimentos, nem tampouco para desvalorização.

O estudo reflete a investigação com uma parcela de Agentes Comunitários de Saúde ribeirinhos de um único município, isso pode limitar a interpretação, pois é difícil generalizar os achados para a escala nacional.

O estudo, através do conhecimento de vulnerabilidades e de fragilidades no modelo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde ribeirinhos, contribui para fomentar a reflexão para o fortalecimento da formação dentro das peculiaridades loco regionais.

CONCLUSÃO

Foi possível identificar que na percepção do profissional ACS, há predomínio do modelo tradicional no processo de formação, com predileção pelo conhecimento técnico, de natureza curativa, portanto na contramão do papel do ACS na comunidade. A característica da formação impacta negativamente nas atividades cotidianas dos Agentes Comunitários de Saúde, tendo em vista que não contempla a realidade de vida nas comunidades ribeirinhas. Os Agentes Comunitários de Saúde sentem carência de mais formações, não só para si, mas também para os enfermeiros instrutores. Percebeu-se, no entanto, que apesar do tipo de formação que recebem, os Agentes Comunitários de Saúde fazem associação do saber biomédico com o conhecimento tradicional local. Reconhece-se que é um esforço solitário, configurando o entendimento que os diversos saberes se entrecruzam nos territórios, cujas características expressam os valores da população. Entende-se que um fator positivo para essa prática é o fato de o ACS ser morador da própria comunidade. A falta de contextualização dos cursos de formação e das capacitações, sem integrar os saberes, pode atuar como um empecilho na efetividade da prática profissional e por conseguinte na qualidade do serviço prestado na atenção básica. Desta forma, faz-se necessário maior compromisso dos órgãos gestores municipais com a qualidade da formação oferecida, bem como estudos contínuos, que norteiem a prática efetivamente transformadora no território.

Contribuições

Concepção do estudo, coleta, análise, interpretação dos dados e redação crítica do manuscrito: Rosane Vieira Lobato e Rayssa Muniz Mediana Viana; Redação crítica do manuscrito, revisão crítica do manuscrito e revisão final: Laura Maria Vidal Nogueira; Revisão crítica do manuscrito e revisão final: Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, Bárbara Lopes Paiva e Angela maria Rodrigues Ferreira.

REFERÊNCIAS

1. Brito RS, Ferreira NE, Santos DL. Atividades dos agentes comunitários de saúde no âmbito da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. *Saúde Transform Soc.* 2014;5(1):16-21.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2020 Maio 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf
3. Garcia AC, Lima RC, Galavote HS, Coelho AP, Vieira EC, Silva RC, et al. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. *Trab Educ Saúde.* 2017;15(1):283-300.
4. 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). Brasília (DF): Ministério de Saúde; 2017 [citado 2020 Maio 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
5. Pedraza DF, Santos I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. *Interações.* 2017;18(3):97-105.
6. Freire P. Educação com prática de liberdade. São Paulo: Paz e Terra; 2019.

7. Santos BS. Epistemologias do Sul. Coimbra: Editora Almedina; 2009.
8. Almeida MC, Baptista PC, Silva A. Workloads and strain process in Community Health Agents. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):93-100.
9. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF); 2006.
11. Brasil. Projeto de lei da câmara nº 56, de 2017. Para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF); 2006.
12. Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1637-46.
13. Chaves SE, Ratto CG. Fronteiras da formação em saúde: notas sobre a potência da vulnerabilidade. *Interface*. 2018;22(64):189-98.
14. Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface*. 2018;22(64):177-88.
15. Melo MB, Quintão AF, Carmo RF. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. *Saúde Soc*. 2015;24(1):86-99.
16. Menezes JA, Dutra MH, Fernandes MC, Passos MC. Capacitação crítica e reflexiva de agentes comunitários de saúde: estratégia para formação ativa de profissionais no e para o sistema único de saúde. *Demetra*. 2017;12(4):849-64.
17. Lorenzi CG, Pinheiro RL. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(8):2537-46.
18. Silva JM, Batista BD, Carmo AP, Gadelha MM, Andrade ME, Fernandes MC. Dificuldades experienciadas pelos agentes comunitários de saúde na realização da educação em saúde. *Enferm Foco*. 2019;10(3):82-7.
19. Mattos JC, Balsanelli AP. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2019;10(4):164-71.

PREVALÊNCIA DE SEPSE EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO

PREVALENCE OF SEPSIS IN AN INTENSIVE CARE CENTER FROM A TEACHING HOSPITAL

PREVALENCIA DE SEPSIS EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ENSEÑAZA

Mayara Kelle Rodrigues de Carvalho¹
Marianne Rocha Duarte de Carvalho¹

(<https://orcid.org/0000-0002-9057-5582>)
(<https://orcid.org/0000-0001-8479-7376>)

Descritores

Sepsis; Prevalência; Unidades de terapia intensiva

Descriptors

Sepsis; Prevalence; Intensive care unit

Descriptores

Sepsis; Prevalencia; Unidades de cuidados intensivos

Recebido

7 de Setembro de 2020

Aceito

5 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Mayara Kelle Rodrigues de Carvalho
E-mail: mayarakrcarvalho@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de sepse, em um Centro de Terapia Intensiva, de um hospital de ensino.

Métodos: Estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em Centro de Terapia Intensiva de um hospital de referência em Teresina-PI, Brasil, cujos dados foram coletados em 221 prontuários de pacientes internados nesse setor, no ano de 2018. A análise dos dados foi realizada com o *Statistical Package for the Social Sciences*, por meio de estatística descritiva e inferencial.

Resultados: A prevalência de sepse no Centro de Terapia Intensiva investigado foi de 20,36% (n=45). A média de permanência neste foi de 10,73 dias (DP ± 15,53) e a maioria evoluiu para óbito 62,2% (n=28).

Conclusão: A prevalência de sepse no presente estudo foi baixa, se comparada ao índice mundial que é mais elevado. Trata-se de problema de saúde pública, de alto custo para os serviços e que acarreta mortalidade.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of Sepsis in Intensive Care Unit from a teaching hospital.

Methods: Descriptive study, exploratory, retrospective with quantitative approach produced at the Intensive Care Unit from a reference hospital in Teresina - PI, Brazil, which data were collected from 221 patients records hospitalized in this sector, in 2018. The data analysis was conducted with the Statistical Package for the Social Sciences, by means of descriptive and inferential statistics.

Results: The prevalence of Sepsis at the Intensive Care Unit was 20,36% (n=45). The average length was of 10,73 days (SD ± 15,53) and most part of them evolved to death 62,2% (n=28).

Conclusion: The prevalence of Sepsis in the present study was low compared to the global index, which are higher. This is a matter of Public Health with high cost services that leads to mortality.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prevalencia de septicemia en una Unidad de Tratamientos Intensivos de un hospital de enseñanza.

Métodos: Estudio descriptivo, exploratorio, retrospectivo con abordaje cuantitativa, realizado en la Unidad de Tratamientos Intensivos de un hospital de referencia en Teresina-PI, cuyos datos fueron colectados en 221 historiales médicos de pacientes internados en ese sector en el año de 2018. La análisis de los datos fue hecha con el *Statistical Package for the Social Sciences* por medio de estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: La prevalencia de septicemia en la Unidad de Tratamientos Intensivos fue de 20,36% (n=45). Los días medios de permanencia en esta fue de 10,73 días (DP ± 15,53) y la mayoría evolucionó para fallecimiento 62,2% (n=28).

Conclusión: La prevalencia de septicemia en el presente estudio fue baja, si comparada a la tasa mundial que son más elevados. Se trata de problema de salud pública, de alto costo para los servicios y que conlleva en mortalidad.

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

Como citar:

Carvalho MK, Carvalho MR. Prevalência de sepse em um centro de terapia intensiva de um hospital de ensino. *Enferm Foco*. 2021;12(3):582-7.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4382

INTRODUÇÃO

Sepse foi definida pela *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) e a *European Society of Intensive Critical Care* (ESICM) como a presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida, secundária à resposta desregulada do organismo à infecção que, por sua vez, está relacionada ao aumento em 2 pontos no escore *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) basal, em consequência da infecção.^(1,2)

Até 1992, não existia consenso sobre a terminologia para descrever a presença e gravidade da sepse, o que acarretava prejuízos para comparação de estudos sobre incidência e resultados das terapias.⁽³⁾

O Brasil apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por sepse no mundo, com índices de, aproximadamente, 50% a 60%, sendo uma das principais causas de óbito intra-hospitalar. O tratamento do paciente acontece, muitas vezes, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por ser um setor capaz de oferecer suporte especializado em situação grave, com os recursos tecnológicos e terapêuticos necessários.⁽⁴⁻⁶⁾

Para recuperação do quadro, faz-se necessária equipe multiprofissional capacitada para identificar precocemente os sinais e sintomas sugestivos, e implementar o tratamento adequado. Assim, a equipe de enfermagem, responsável pela assistência de forma integral ao paciente, ocupa papel de destaque na identificação dos fatores de risco e sinais de sepse. Ademais, cabe ao enfermeiro planejar, coordenar e implementar ações que promovam o reconhecimento precoce, bem como estratégias de monitorização, necessitando, assim, de domínio nos princípios científicos, ao tempo que integra as técnicas com a tecnologia, uma vez que novas tecnologias podem acarretar riscos adicionais na assistência, se não houver propriedade.⁽⁶⁻⁹⁾

Dessa maneira, a identificação, de forma ágil, contribui para que melhor assistência seja prestada e prognóstico seja estabelecido. Ao considerar o exposto, o presente estudo objetivou avaliar a prevalência de sepse, em um Centro de Terapia Intensiva (CTI), de um hospital de ensino.

MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório e retrospectivo, com abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado no CTI de um hospital de ensino, referência em alta e média complexidade para os municípios do Piauí e regiões circunvizinhas.

A população do estudo foi constituída de pacientes de ambos os sexos, internados no CTI, no período de janeiro a maio de 2018. O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se da fórmula para cálculo de amostra em população infinita, visto que o hospital não apresentava registro dos

casos de sepse no CTI. Para o cálculo, o nível de confiança considerado foi de 95%, que corresponde a 1,96 de desvio padrão (z), a prevalência (q) presumida do problema correspondeu a 18% (0,18), a complementar (q) igual a 0,82 e o erro (e) 5% (0,05), totalizando 227 prontuários de pacientes.⁽¹⁰⁾

Os critérios de inclusão foram ter idade maior ou igual a 18 anos e apresentar diagnóstico de sepse no momento da admissão ou durante o período de internação no CTI. Excluíram-se pacientes que receberam alta da unidade ou faleceram em período menor que 24 horas, contadas da data de admissão deste, e aqueles cujos prontuários apresentavam informações incompletas.

Após aplicação destes, seis prontuários foram excluídos, sendo quatro por óbito ocorrido antes de 24 horas da admissão no CTI e dois por apresentarem informações incompletas, totalizando, desta forma, 221 prontuários. A partir da análise destes, identificaram-se 45 prontuários cujos pacientes tiveram diagnóstico de sepse.

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2019, com auxílio de formulário elaborado pelas pesquisadoras que contempla variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil) e características clínicas (classificação da sepse, manifestações clínicas, agentes etiológicos, sítios primários de infecção). Inicialmente, realizou-se contato com a direção do hospital para entrega do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) e, logo em seguida, procurou-se o responsável pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME), para que os prontuários dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo fossem localizados e, posteriormente, os formulários de coleta de dados pudessem ser devidamente preenchidos.

Os dados foram organizados e codificados no editor de texto *Excel* e, posteriormente, importados para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Realizou-se estatística descritiva com uso de frequências relativa e absoluta; e análise inferencial, por meio da aplicação do teste de Qui-quadrado de associação. Na análise realizada, adotaram-se intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo seguiu as recomendações da Resolução Nº 466/ 2012, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), conforme parecer nº 3.137.858, bem como da Instituição co-participante, com parecer nº 3.283.844.

RESULTADOS

No presente estudo, a prevalência de sepse entre os pacientes internados no CTI foi de 20,36% ($n=45$). Entre estes, destacou-se o sexo masculino, com 53,3% ($n=24$); houve

equivalência de dados quanto à classificação da sepse, apresentando-se em 46,7% (n=21) como sepse e choque séptico, o foco primário de infecção mais prevalente foi o pulmonar, 44,4% (n=20), e a maioria evoluiu para óbito 62,2% (n=28), conforme tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes com sepse, segundo o perfil sociodemográfico e clínico, em um CTI de um hospital de ensino (n=45)

Variáveis	n(%)
Sexo	
Feminino	21(46,7)
Masculino	24(53,3)
Classificação da sepse	
Sepse	21(46,7)
Choque séptico	21(46,7)
Não classificado	3(6,7)
Foco primário	
Pulmonar	20(44,4)
Abdominal	5(11,1)
Urinarío	6(13,3)
Mais de 1	2(4,4)
Não identificado	12(26,7)
Desfecho	
Alta	17(37,8)
Óbito	28(62,2)

A idade média foi de 66,82 anos (DP ± 15,53) e a média de permanência no CTI foi de 10,73 dias (DP ±7,02), em concordância com a tabela 2.

Tabela 2. Média e desvio padrão da idade e do tempo de permanência dos pacientes com sepse, em um CTI de um hospital de ensino (n=45)

Variáveis	n	Média	Desvio-padrão
Idade (anos)	45	66,8222	15,53777
Permanência na UTI (dias)	45	10,7333	7,02075

Quanto à classificação do agente etiológico, em 60% (n=27) dos casos, estes não foram isolados. Dentre os isolados, 33,3% (n=15) corresponderam a bactérias Gram-negativas e, em 6,7% (n=3), a bactéria isolada era do tipo Gram-positiva (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação dos agentes etiológicos isolados em pacientes sépticos, em um CTI de um hospital de ensino

Variáveis	n(%)
Agente etiológico isolado	
Sim	18(40,0)
Não	27(60,0)
Classificação do agente etiológico nos casos isolados	
Bactéria Gram-Negativa	15(33,3)
Bactéria Gram-Positiva	3(6,7)

A tabela 4 mostra a associação entre as variáveis de classificação da sepse e o motivo de internação e, nesta, constatou-se correlação estatística significativa (p=0.032).

A sepse teve ocorrência fortemente associada à internação no CTI para tratamento de emergência clínica, enquanto a internação cujo motivo foi a realização de cirurgia teve ocorrência associada ao choque séptico.

Tabela 4. Associação entre classificação da sepse e o motivo de internação, em um CTI de um hospital de ensino (n=45)

Classificação da sepse	Motivo internação		p-value
	Emergência n(%)	Cirurgia n(%)	
Sepse	18(60)	3(20)	p=0,032
Choque séptico	11(36,7)	10(66,7)	p=0,032
Não classificada	1(3,3)	2(13,3)	p=0,001

Observou-se, ainda, neste estudo, associação entre as variáveis de classificação da sepse e o desfecho clínico dos casos, apresentando correlação estatística significativa (p=0.001) e, assim, constatou-se que os pacientes com classificação em choque séptico evoluíram para óbito, enquanto pacientes com classificação de sepse obtiveram como desfecho a alta hospitalar, conforme tabela 5.

Tabela 5. Associação entre classificação da sepse e o desfecho dos casos, em um CTI de um hospital de ensino (n=45)

Classificação da sepse	Desfecho		p-value
	Alta n(%)	Óbito n(%)	
Sepse	14(66,7)	7(33,3)	p=0,001
Choque séptico	2(9,5)	19(90,5)	p=0,001
Não classificada	1(33,3)	2(66,7)	p=0,001

DISCUSSÃO

A prevalência de sepse neste estudo foi considerada baixa, quando comparada a estudo retrospectivo realizado em hospital de ensino de referência, cuja prevalência geral foi 85,4%. Em estudo analítico observacional, houve prevalência de 44% de choque séptico, 4% de sepse grave e 18% de sepse.^(11,12)

Revisão sistemática aponta que esses valores dependem do tipo de UTI analisada, sendo que, em UTI gerais, varia de 19% a 38%. Ao corroborar o estudo realizado em UTI geral e o valor da prevalência identificado, encontrou-se o intervalo apresentado nos resultados expostos.⁽¹³⁾

Na literatura, o número de estudos que abordam a prevalência, ainda, é pequeno, associado a isso, não existia consenso até 1992 para terminologia e, ao longo desses anos, novas definições foram atribuídas para sepse, o que dificulta fazer correlações, considerando a definição atual.⁽⁵⁾

O predomínio do sexo masculino esteve em acordo com a grande maioria dos estudos, como em investigação realizada em Minas Gerais, Brasil, em que o sexo masculino prevaleceu com 63,6%; e, em São Paulo, em que se constatou que 62,25% dos casos de sepse foram igualmente entre o sexo masculino. Acredita-se que esse maior acometimento

se deva às diferenças hormonais entre os sexos e à presença de níveis mais elevados de mediadores anti-inflamatórios nas mulheres.^(2,10,14)

Em relação à classificação, na maioria dos estudos, houve predomínio da sepse enquanto classificação, conforme demonstrado em estudo de coorte retrospectivo com 124 pacientes, em que 50% corresponderam à sepse; 18,5%, sepse grave; e 31,5%, choque séptico.⁽¹⁵⁾

Embora a maioria desses estudos traga a classificação, os mesmos não apresentam razão para haver predomínio de tal classificação. No entanto, a mesma está associada à gravidade, sendo necessário tempo para ser estabelecida após o diagnóstico, sendo adequado fazê-la ao final do quarto dia do diagnóstico de sepse, visto que a gravidade é definida, geralmente, nos primeiros dias e, desta forma, nesse período, há maior precisão.⁽¹⁶⁾

No que concerne aos focos primários de infecção, os estudos corroboram quanto ao foco mais prevalente ser o pulmonar, como é o caso de estudo realizado em Recife-PE, Brasil, cuja origem da sepse foi pulmonar em 79,3% dos casos, seguida da gastrintestinal (14,8%) e urinária (13,6%).⁽¹⁷⁾

A presença da sepse com foco primário de infecção pulmonar pode estar relacionado ao fato de a maior parte da população ser composta por idosos, que apresentaram alguma comorbidade, e assim apresentam maior risco de infecção respiratória, devido à resposta imune prejudicada, bem como em virtude da maior frequência de uso de VM e permanência prolongada em UTI.^(11,18)

Além disso, o grande número de infecção no sítio pulmonar e abdominal se relaciona, principalmente, à presença da microbiota endógena, característica de tais regiões que favorece o processo infeccioso.⁽¹¹⁾

No desfecho clínico, a grande maioria dos pacientes deste estudo evoluiu para óbito, divergindo de outros estudos que apresentaram taxa de mortalidade menor que a demonstrada neste. Em coorte realizada em 75 UTI, a mortalidade global no grupo dos sépticos foi de 46,6% e nos subgrupos sepse, sepse grave e choque séptico foram de 16,7%, 34,4% e 65,3%, respectivamente. Em estudo descritivo analítico no Rio Grande do Norte, Brasil, 30,2% foram a óbito.^(16,19)

Na grande maioria dos estudos, a idade esteve relacionada à potencial probabilidade de óbito, porém este resultado, em grande parte, deve-se a outros motivos, como a presença de comorbidades, a gravidade, assim como a abordagem terapêutica diferenciada.⁽²⁰⁾

Dessa forma, percebe-se que o desfecho clínico está intimamente relacionado ao tratamento precoce oferecido ao paciente. Os impactos dessa síndrome clínica são significativos e, assim, quando não há reversão do quadro

clínico, o paciente evolui para óbito. Caso contrário, pode acarretar complicações por até cinco anos, fato justificado pelas alterações orgânicas que podem ser irreversíveis e trazer repercussões, como a piora das doenças crônicas.⁽¹⁴⁾

A idade média identificada no presente estudo se mostrou semelhante àquela demonstrada em estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, em que a média entre os participantes foi de 63,3 anos (DP \pm 16,9).⁽¹⁰⁾

A ocorrência da sepse nessa faixa etária observada se associa ao elevado número de idosos que compõem a população da Região Nordeste do Brasil. Ademais, este grupo apresenta maior risco de ter doenças mais graves, que podem estar relacionadas à imunidade inata e adquirida destes que se encontra alterada.^(11,21)

Outrossim, a maioria dos estudos apresentou tempo médio de permanência superior ao encontrado no presente estudo, como observado em estudo realizado em Santa Catarina, cujo tempo médio de internação foi de 19,8 dias (DP \pm 11,3). Em Fortaleza, o tempo de permanência na UTI foi, em média, de 16,6 dias. Esses períodos menores de internação em UTI podem acontecer em instituições com grande demanda por leitos especializados, em que, logo após a estabilização do quadro clínico, muitos pacientes recebem alta para enfermaria.⁽²²⁻²⁴⁾

Quanto ao isolamento do agente etiológico, os resultados se apresentaram em consonância com aqueles publicados em Belém, no qual as bactérias foram os principais agentes etiológicos, em 70% dos casos de sepse, destes, os bacilos Gram-negativos foram os mais frequentemente encontrados (21%), principalmente nos pacientes com maior gravidade da doença.⁽¹¹⁾

Dentre as bactérias Gram-negativas, frequentemente, isoladas em UTI, destacam-se a *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp* e *Klebsiella pneumoniae*. A *Acinetobacter baumannii* está, frequentemente, relacionada à evolução para óbito e evidencia-se mais nos casos de pneumonia associada à ventilação mecânica, conforme revelado em estudo realizado na Índia.⁽²⁵⁾

Destaca-se, ainda, que o percentual elevado de casos em que não houve isolamento do agente etiológico pode ter como justificativa o período curto de internação dos pacientes ou, ainda, o tempo para que fosse realizado o isolamento do agente, cujo resultado pode ter sido disponibilizado após o desfecho clínico do caso, não sendo, assim, anexado ao prontuário do paciente.

No que se refere à associação entre as variáveis de classificação da sepse e o motivo de internação, os achados deste estudo apresentaram consonância com outro estudo que, dentre os pacientes admitidos na UTI por emergência clínica, a classificação foi sepse grave em 69,9%, 50%

sepse e 61,5% choque séptico; por trauma, 25,8% sepse, 4,3% sepse grave e 10,3% choque séptico. Naqueles admitidos por causa cirúrgica, 28,2% foram classificados como choque séptico, 26,1% sepse grave e 24,2% sepse.⁽¹⁵⁾

Isso pode ser justificado visto que a sepse apresenta evolução dinâmica, o que implica gravidade, além disso, é uma complicação infecciosa que acomete pacientes cirúrgicos, podendo evoluir para o choque séptico.^(16,26)

Ao analisar a associação entre a classificação da sepse e o desfecho clínico, observou-se que aqueles cuja classificação foi choque séptico, ou seja, aqueles mais graves evoluíram para o óbito. Resultado semelhante foi identificado no Paraná, que evidenciou que quanto maior a gravidade, maior a taxa de mortalidade. Nos casos de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), a taxa foi de 0,3%, sepse 30,1% e choque séptico 33%.⁽²⁷⁾

Portanto, a evolução do quadro para choque séptico tem sido, frequentemente, associada ao considerável potencial de mortalidade. Investigações que avaliaram a mortalidade, em nível nacional, identificaram taxas de 10,1% a 32,8% para pacientes com sepse, 22,6% a 49,9% para sepse grave, e 64,8% a 72,7% para o choque séptico, com significância estatística. Merece destacar que quanto mais órgãos se encontram em falência, pior é o prognóstico.⁽²⁸⁾

Por se tratar de estudo com amostra relativamente pequena, os resultados encontrados quanto à prevalência de sepse devem ser interpretados com cautela, pois se mostraram divergentes dos evidenciados em outros estudos. Além disso, por se tratar de estudo retrospectivo, com dados extraídos de prontuários, algumas informações podem ter sido registradas de forma incompleta ou inadequada e, deste modo, algumas informações podem ter sido perdidas.

Ao ponderar que sepse é um problema que requer atenção profissional e instituição de medidas baseadas em evidências, o presente estudo contribui para despertar nos profissionais de saúde, bem como nos acadêmicos, reflexão sobre a forma de cuidado em pacientes internados em UTI que apresentem tais manifestações e, assim, possam reconhecer os principais fatores de risco e atuar na prevenção, bem como identificar pacientes acometidos por este agravo.

CONCLUSÃO

Dado o exposto, infere-se que a prevalência de sepse no presente estudo foi baixa, no entanto, a nível mundial, os índices foram elevados, constituindo-se, desta forma, problema de saúde pública, que comumente é dispendioso e acarreta mortalidade. Quanto ao perfil sociodemográfico, houve predomínio da população do sexo masculino, idosos e com tempo de permanência no CTI relativamente curto. Evidenciou-se, ainda, a evolução do óbito na maior parte dos casos ficando patente que quanto maior a gravidade, pior o desfecho clínico. Desta maneira, percebe-se a necessidade de que a equipe multiprofissional que presta assistência no setor de cuidados críticos esteja sempre atenta às manifestações clínicas dos pacientes, para que os diagnósticos de sepse e a definição do tratamento adequado sejam instituídos o mais precocemente possível para diminuir as altas taxas de morbidade e mortalidade associadas à sepse.

Contribuições

Carvalho MK, Carvalho MR contribuíram com a concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Viana RA, Machado FR, Souza JL. Sepse – Um problema de saúde pública: a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. 2a ed. São Paulo: COREN-SP; 2017.
2. Moura JM, Bertolli ES, Pereira RM, Frutuoso IS, Werneck AL, Contrin LM. Diagnóstico de sepse em pacientes após internação em unidade de terapia intensiva. *Arq Ciênc Saúde*. 2017;24(3):55-60.
3. Sá LA, Carneiro IC. Mortalidade por sepse em um hospital militar da região norte do Brasil. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2018;13:1589-95.
4. Silva TT, Rodrigues JL, Amaral GP, Peixoto Júnior AA. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre sepse - estudo em um hospital de Fortaleza/Ceará. *Rev Med UFC*. 2017;57(3):24-9.
5. Garrido F, Tieppo L, Pereira MD, Freitas R, Freitas WM, Filipini R, et al. Ações do enfermeiro na identificação precoce de alterações sistêmicas causadas pela sepse grave. *ABCS Health Sci*. 2017;42(1):15-20.
6. Pedrosa KK, Oliveira AS, Machado RC. Validação de protocolo assistencial ao paciente séptico na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1172-80.
7. Ramalho Neto JM, Campos DA, Marques LB, Ramalho CR, Nóbrega MM. Concepções de enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva geral sobre sepse*. *Cogitare Enferm*. 2015;20(4):711-6.
8. Correio RA, Vargas MA, Carmagnani MI, Ferreira ML, Luz KG. Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2015;6(1/4):46-50.
9. Stadler GP, Lunardi VL, Leal SM, Mancia JR, Alves PR, Viegas K. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva: implementação de protocolo de banho no leito para pacientes adultos críticos. *Enferm Foco*. 2019;10(7):109-14.
10. Aquino RL, Inácio AC, Diogo Filho A, Araújo LB. Sepse em pacientes com lesão renal aguda severa. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017;11(12):4845-53.

11. Barros LL, Maia CS, Monteiro MC. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(4):388-96.
12. Xavier S, Andriolo B, Carneiro I, Andriolo R. Prevalência de sepse em Unidade de Terapia Intensiva da região Norte do Brasil. *Braz J Surg Clin Res*. 2018;22(3):7-12.
13. Mann EA, Baum MM, Meininger JC, Wade CE. Comparison of mortality associated with sepsis in the burn, trauma, and general intensive care unit patient: a systematic review of the literature. *Shock*. 2012;37(1):4-16.
14. Juncal VR, Britto Neto LA, Camelier AA, Messeder OH, Farias AM. Impacto clínico do diagnóstico de sepse à admissão em UTI de um hospital privado em Salvador, Bahia. *J Bras Pneumol*. 2011;37(1):85-92.
15. Prado PR, Volpáti NV, Gimenes FR, Atila E, Maggi E, Amaral TL. Fatores de risco para morte em pacientes com sepse em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Rene*. 2018;19:e3231.
16. Sales Júnior JA, David CM, Hatum R, Souza PC, Japiassú A, Pinheiro CT, et al. Sepse Brasil. Estudo epidemiológico da sepse em unidades de terapia intensiva brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(1):9-17.
17. Farias GM, Freitas MC, Rocha KM, Costa IK, Morais Filho LA. Aspectos epidemiológicos da sepse em unidades de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE Online*. 2009;3(4):1184-91.
18. Santos AM, Souza GR, Oliveira AM. Sepse em adultos na unidade de terapia intensiva: características clínicas. *Arq Med Hosp Fac Cien Med Sant Casa São Paulo*. 2016;61:3-7.
19. Queiroz F, Rego D, Nobre G. Morbimortalidade na unidade de terapia intensiva de um hospital público. *Rev Baiana Enferm*. 2013;27(2):164-71.
20. Machado RL, Dadiv CM, Luiz RR, Amitrano DA, Salomão CS, Oliveira GM. Análise exploratória dos fatores relacionados ao prognóstico em idosos com sepse grave e choque séptico. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(1):9-17.
21. Silva BL, Ribeiro FF, Andrade SS, Fonseca LC. Morbimortalidade hospitalar por sepse no sistema único de saúde. *Rev Enferm UFPE Online*. 2013;7(1):23-9.
22. Todeschini AB, Schuelter-Trevisol F. Sepse associada ao cateter venoso central em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2011;9(5):334-7.
23. Farias LL, Pinheiro Júnior FM, Braide AS, Macieira CL, Araújo MV, Viana MC, et al. Perfil clínico e laboratorial de pacientes com sepse, sepse grave e choque séptico admitidos em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Saúde Pública*. 2013;6(3):50-60.
24. Giacomini MG, Lopes MV, Gandolfi JV, Lobo SM. Choque séptico: importante causa de morte hospitalar após alta da unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(1):51-6.
25. Thakuria B, Singh P, Agrawal S, Asthana V. Profile of infective microorganisms causing ventilator-associated pneumonia: A clinical study from resource limited intensive care unit. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2013;29(3):361-6.
26. Lobo SM, Rezende E, Knibel MF, Silva NB, Páramo JA, Nácul F, et al. Epidemiologia e desfecho de pacientes cirúrgicos não cardíacos em unidades de terapia intensiva no Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):376-84.
27. Zonta FN, Velásquez PG, Velásquez LG, Demétrio LS, Miranda D, Silva MC. Características epidemiológicas e clínicas da sepse em um hospital público do Paraná. *R Epidemiol Control Infec*. 2018;8(3):224-31.
28. Cardozo Júnior LC, Silva RR. Sepse em pacientes com traumatismo craniocéfálico em unidade de terapia intensiva: fatores relacionados à maior mortalidade. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(2):148-54.

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DE IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF THE ELDERLY IN A LONG-TERM INSTITUTION

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DEL ANCIANO EN UNA INSTITUCIÓN DE LARGA DURACIÓN

Tatielle Aparecida Almeida Bernardes¹

(<https://orcid.org/0000-0001-6560-5228>)

Edileuza Teixeira Santana¹

(<https://orcid.org/0000-0002-9279-077X>)

Gabriella Gonçalves Coutinho¹

(<https://orcid.org/0000-0002-7422-0247>)

Luiza Rodrigues Camisasca¹

(<https://orcid.org/0000-0002-2185-7973>)

Gabriel Dias de Araújo¹

(<https://orcid.org/0000-0003-0525-3085>)

Fabiola Afonso Fagundes Pereira¹

(<https://orcid.org/0000-0002-1492-6782>)

Ricardo Otávio Maia Gusmão¹

(<https://orcid.org/0000-0001-9941-1114>)

Diego Dias de Araújo¹

(<https://orcid.org/0000-0002-8927-6163>)

Descritores

Instituição de longa permanência para idosos; Saúde do idoso institucionalizado; Idoso

Descriptors

Homes for the aged; Health of institutionalized elderly; Aged

Descriptores

Hogares para ancianos; Salud del anciano institucionalizado; Anciano

Recebido

10 de Setembro de 2020

Aceito

29 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Diego Dias de Araújo

E-mail: diego.araujo@unimontes.br

RESUMO

Objetivo: Caracterizar clínica e epidemiologicamente os idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos no Norte de Minas Gerais, Brasil.

Métodos: Estudo descritivo e transversal realizado com a população idosa residente em uma instituição de longa permanência. Foi realizada entrevista individual com a aplicação de um instrumento de caracterização sociodemográfica, a Escala *Katz* e Teste do Relógio, no período entre 2018 e 2019. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva.

Resultados: Participaram do estudo 116 idosos com média de idade de 78,240 ($\pm 9,21$) anos, a maioria do sexo masculino ($n=70$; 60,3%), raça parda ($n=74$; 63,8%) e solteiros ($n=77$; 66,4%). Quanto aos resultados da Escala de *Katz* e Teste do Relógio, os participantes foram classificados como mais funcionais ($n=39$; 33,6%) e com inabilidade ($n=90$; 77,6%) respectivamente.

Conclusão: A caracterização do perfil e o levantamento de problemas reais e potenciais contribuíram para o cuidado com os idosos que precisam ser apropriados e direcionados para que os idosos alcancem a máxima qualidade de vida, independência e funcionalidade.

ABSTRACT

Objective: Characterizing clinically and epidemiologically the elderly residents in a long-term care facility for the elderly in Northern Minas Gerais, Brazil.

Methods: A descriptive and transversal character study conducted with the elderly population residing in a long-term institution. An individual interview was conducted with the application of a sociodemographic characterization instrument, the Katz Scale and Clock Test, in the period between 2018 and 2019. The data were subjected to descriptive statistical analysis.

Results: Participated in the study 116 elderly people with an average age of 78.240 (± 9.21) years old, mostly male ($NO = 70$; 60.3%), mixed race ($NO = 74$; 63.8%) and single ($NO = 77$; 66.4%). Regarding the results of the Katz Scale and Clock Test, the participants were classified as more functional ($NO = 39$; 33.6%) and with disability ($NO = 90$; 77.6%) respectively.

Conclusion: The characterization of the profile and the survey of real and potential problems contributed to the care for the elderly, which need to be appropriate and directed so that the elderly achieve the maximum quality of life, independence and functionality.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los ancianos residentes en un centro de atención a largo plazo para ancianos en el Norte de Minas Gerais, Brasil.

Métodos: Un estudio descriptivo y transversal realizado con población anciana residente en una institución de larga duración. Se realizó una entrevista individual con la aplicación de un instrumento de caracterización sociodemográfica, la Escala de Katz y Test de Reloj, en el periodo comprendido entre 2018 y 2019. Los datos fueron sometidos al análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Participaron del estudio 116 ancianos con una edad media de 78.240 ($\pm 9,21$) años, en su mayoría varones ($n = 70$; 60,3%), mestizos ($n = 74$; 63,8%) y solteros ($n = 77$; 66,4%). En cuanto a los resultados de la Escala de Katz y la Prueba del Reloj, los participantes fueron clasificados como más funcionales ($n = 39$; 33,6%) y con discapacidad ($n = 90$; 77,6%) respectivamente.

Conclusion: La caracterización del perfil y el relevamiento de problemas reales y potenciales contribuyeron al cuidado del anciano, que debe ser adecuado y dirigido para que el anciano alcance la máxima calidad de vida, independencia y funcionalidad.

¹Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

Como citar:

Bernardes TA, Santana ET, Coutinho GG, Camisasca LR, Araújo GD, Pereira FA, et al. Caracterização clínica e epidemiológica de idosos de uma instituição de longa permanência. *Enferm Foco*. 2021;12(3):588-93.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4397

INTRODUÇÃO

A população brasileira está em constante e permanente mudança em termos demográficos. Após consecutivos anos de crescimento populacional, a pirâmide etária está se invertendo no país, com registro de quedas acentuadas nas taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade. Nota-se também o processo de envelhecimento da população com o aumento da expectativa de vida e do número de idosos.⁽¹⁾

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2017, evidenciou que 14,6% ou mais de 30 milhões de pessoas no Brasil têm 60 anos ou mais. Sendo que na região Sudeste este número é maior e representa 16% do total de pessoas.⁽²⁾

O envelhecimento para muitas pessoas vem acompanhado de diminuição da saúde física e mental, perda de autonomia e/ou independência, múltiplas doenças crônicas e outras condições associadas ao declínio da capacidade funcional.⁽³⁾

Devido a essas limitações funcionais, ao aumento da demanda dos idosos por serviços de saúde, somadas a transformação na dinâmica familiar, social e econômica, observa-se um crescimento na busca por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).⁽⁴⁾

As denominadas ILPIs são definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como espaços residenciais de moradia coletiva de idosos, com ou sem suporte familiar, devendo, por meio de seus serviços, zelarem pela liberdade, dignidade e cidadania dos seus residentes.⁽⁵⁾

Nota-se que o número de ILPIs tem aumentado no Brasil, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), entre 1940 e 2009, 2.897 novas instituições foram abertas, aproximadamente 40,3 instituições por ano.⁽⁶⁾

No Brasil, os cuidados às pessoas idosas são de competência da família, sociedade e do Estado, devendo estes prover a sociabilidade, o bem-estar, a dignidade e o direito à vida. A ILPI tem como finalidade atender o idoso que não tenha vínculo familiar ou que esteja sem condições de prover a própria subsistência.^(7,8)

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005,⁽⁵⁾ regulamenta e dispõe os critérios mínimos para o funcionamento e para a prestação de serviços aos residentes em ILPIs. Sobretudo, os aspectos físico-estruturais e organizacionais, sendo indispensável considerar o grau de dependência, capacidades de locomoção e autocuidado de seus internos. Ainda assim, a institucionalização pode sujeitar os idosos a diversos riscos intimamente ligados às inadequações físicas, estruturais e organizacionais. Entre os riscos, destaca-se o isolamento social, as quedas, as deficiências sensoriais e a piora das capacidades funcionais e cognitivas.⁽⁷⁾

Diante do aumento da demanda por ILPIs a identificação do perfil clínico e epidemiológico é fundamental para que se planeje e implementem cuidados adequados às necessidades específicas dos idosos, com possíveis impactos na autonomia, independência e qualidade de vida deles, além de contribuir para gestão dos processos organizacionais e de pessoas.

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo caracterizar clínica e epidemiologicamente os idosos atendidos por uma instituição de longa permanência para idosos no Norte de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, do tipo transversal, desenvolvido com idosos de uma ILPI de um município do Norte de Minas Gerais, Brasil, no período de junho de 2018 a julho de 2019.

A ILPI atende 120 idosos, 24 horas por dia, tem um quadro de funcionários de formação superior, sendo: Médico, Fisioterapeutas, Enfermeiro, Dentista, Nutricionista, Educador Físico, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional. De nível médio: Técnicos de Enfermagem, Cozinheiras, Vigias, Motoristas, Estoquista, Mensageiros, Operadores de Telemarketing, Bombeiro / Eletricista, Serviços Gerais e Administrativos com curso de capacitação de cuidador de idosos.

O universo do estudo foi constituído por idosos que atenderam os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, estar institucionalizado na ILPI, consentir em participar do estudo ou ter sua participação autorizada pelo responsável/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou pelo Termo de Assentimento, respectivamente. E os critérios de exclusão foram: idosos em internação hospitalar.

Do total de 120 idosos, quatro (4) foram excluídos por estarem em internação hospitalar, assim após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, contabilizou-se 116 idosos.

Para coleta de dados foi aplicado um instrumento sistematizado, desenvolvido a partir da literatura⁽⁹⁻¹¹⁾ constituído por variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica, a saber: nome, idade, sexo, raça, estado civil, diagnósticos médicos, medicações em uso, história de cirurgia e de internação, percepção do estado de saúde, tabagismo, polifarmácia dispositivo de marcha, queda, medo de cair, escala de *Katz* e teste do relógio.

A capacidade funcional foi avaliada pela Escala de *Katz*.⁽¹²⁾ Este instrumento avalia a capacidade funcional dos idosos nas seguintes atividades básicas da vida diária (ABVD): alimentação,

banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e locomoção. Os diferentes graus de independência funcional são estabelecidos da seguinte maneira: 0 - independente em todas as seis funções; 1 - independente em cinco funções e dependente em uma função; 2 - independente em quatro funções e dependente em duas; 3 - independente em três funções e dependente em três; 4 - independente em duas funções e dependente em quatro; 5 - independente em uma função e dependente em cinco funções; 6 - dependente em todas as seis funções. Considerou-se como mais funcional o idoso que apresentasse escore de 0 e 1, funcionalidade intermediária os com escore de 2, 3 e 4, e menos funcional com os de escore 5 e 6.⁽¹²⁾

Já o Teste do Relógio (TR) é um instrumento utilizado para investigação de funções cognitivas, trata-se de um instrumento econômico, confiável, válido e abrangente que consiste em desenhar o visor de um relógio, posicionando os ponteiros às 11h10min. Tal tarefa implica na utilização de diferentes habilidades cognitivas, como compreensão auditiva e visual, concentração, controle executivo e conhecimento. O sistema de pontuação varia de 0 (pior) a 5 (melhor), sendo 0 - inabilidade para representar o relógio; 1 - o desenho tem algo a ver com relógio mas com desorganização viso-espacial grave; 2 - desorganização viso-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseverança, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso; 3 - distribuição viso-espacial correta com marcação errada da hora; 4 - pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos e 5 - relógio perfeito.⁽¹³⁾

O procedimento de coleta de dados foi realizado na ILPI em estudo por uma graduanda em enfermagem, do sétimo período do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública do estado de Minas Gerais, devidamente capacitada e sob supervisão do professor orientador.

No tratamento dos dados foi realizada dupla digitação no programa software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e após verificação da consistência, os dados foram analisados por estatística descritiva (frequências simples e percentual).

Este estudo respeita os aspectos éticos da Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o número de parecer 2.536.218 e protocolo CAAE-62123716.3.0000.5146.

RESULTADOS

Entre os 116 idosos, a idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 107 anos, a média de idade foi 78,24 anos e desvio padrão $\pm 9,21$ anos. Destaca-se o sexo masculino (n=70; 60,3%), raça parda (n=74; 63,8%) e solteiros (n=77; 66,4%).

Referente ao grau de escolaridade a maior prevalência foi daqueles com ensino fundamental I incompleto (n=56; 48,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos da Instituição de Longa de Longa Permanência para Idosos

Variáveis	n(%)
Sexo	
Masculino	70(60,3)
Feminino	46(39,7)
Raça	
Parda	74(63,8)
Negra	16(13,8)
Branca	26(22,4)
Estado civil	
Solteiro	77(66,4)
Viúvo	18(15,5)
Casado	12(10,3)
Divorciado	6(5,2)
Separado	3(2,6)
Escolaridade	
Analfabeto	39(33,6)
Fundamental I incompleto	56(48,3)
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	10(8,6)
Fundamental completo / Médio incompleto	2(1,7)
Médio completo / Superior incompleto	7(6,0)
Superior completo	2(1,7)

Em relação à classe de diagnóstico médico a mais prevalente entre os idosos na ILPI, foi a de doenças vasculares (n=74; 63,8%). Já entre as medicações prevaleceram os antidepressivos (n=78; 67,2%) e anti-hipertensivos (n=68; 58,6%). Verifica-se que quanto ao estado de saúde, 66,4% (n=77) dos idosos o classificaram como bom. Além disso, 21,6% (n=25) declararam ser tabagistas e 46,6% (n=54) fazer uso de cinco ou mais medicamentos. Referente à mobilidade, 43,1% (n=50) usa dispositivo de marcha, 56,9% (n=66) possui histórico de queda no último ano e 72,4% (n=84) afirmou ter medo de cair (Tabela 2).

Quanto aos resultados da Escala de Katz e Teste do Relógio, a maioria dos idosos foram classificados, respectivamente, como mais funcionais (n=39; 33,6%) e com inabilidade (n=90; 77,6%) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Segundo o IPEA no estado de Minas Gerais entre os anos de 2008 e 2009 a população idosa representava 10,8% da população total, sendo destes 16.833 mil idosos institucionalizados. No mesmo período foram identificadas 693 ILPIs, distribuídas por 476 municípios, localizando-se a maioria (70 ILPIs) na capital Belo Horizonte.⁽¹⁴⁾

Neste estudo, as características sociodemográficas dos pacientes mostraram-se semelhantes à literatura nacional⁽¹⁵⁾ e divergente da literatura internacional.^(16,17)

Tabela 2. Características clínicas dos idosos da Instituição de Longa de Longa Permanência para Idosos

Variáveis	n(%)
Classe de diagnóstico médico	
Doença vascular	74(63,8)
Doença mental	38(32,8)
Doença neurológica	38(32,8)
Doença metabólica	20(17,2)
Medicações em uso	
Antidepressivo	78(67,2)
Anti-hipertensivo	68(58,6)
Vasoativo	36(31,0)
Vitaminas	25(21,6)
Antipsicótico	22(19,0)
Insulina	22(19,0)
História de cirurgia	
Sim	35(30,2)
Não	81(69,8)
História de internação	
Sim	70(60,3)
Não	46(39,7)
Percepção do estado de saúde	
Bom	77(66,4)
Regular	29(25,0)
Ruim	9(7,8)
Tabagismo	
Sim	25(21,6)
Não	91(78,4)
Polifarmácia	
Sim	54(46,6)
Não	62(53,4)
Dispositivo de marcha	
Sim	50(43,1)
Não	66(56,9)
Queda	
Sim	66(56,9)
Não	50(43,1)
Medo de cair	
Sim	84(72,4)
Não	32(27,6)

Tabela 3. Resultados da Escala de Katz e Teste do Relógio entre idosos da Instituição de Longa de Longa Permanência para Idosos

Variáveis	n(%)
Escala de Katz	
Mais funcional	39(33,6)
Funcionalidade intermediária	33(28,4)
Menos funcional	44(37,9)
Teste do relógio	
Inabilidade	90(77,6)
Algo a ver com o relógio	10(8,6)
Desorganização viso-espacial	6(5,2)
Pequenos erros espaciais	5(4,3)
Relógio perfeito	5(4,3)

Os dados revelam que houve maior distribuição de idosos do sexo masculino (60,3%), o que é corroborado por estudo⁽¹⁵⁾ que analisou quatro cidades da região sudeste e centro-oeste do Brasil e encontrou uma prevalência de idosos do sexo masculino que variou entre 30,1% e 63,8%. O mesmo não pode ser observado em estudos^(16,17) conduzidos em ILPIs de Portugal, nos quais o percentual de idosos do sexo feminino foi de 62,5% e 69,4%, respectivamente.

Ressalta-se, que apesar dos dados do presente estudo identificar a maioria dos idosos residentes na ILPI como do sexo masculino, é importante apontar que em levantamento prévio do IPEA⁶ a proporção de idosos residentes em ILPIs na região sudeste é majoritariamente feminina, o que é corroborado por estudo⁽¹⁸⁾ realizado na região sudeste que evidenciou um maior percentual do sexo feminino (87%) entres os idosos institucionalizados. Destaca-se que o Brasil acompanha tendências mundiais de transição demográfica, resultando no aumento do número de idosos e no fenômeno de feminilização do envelhecimento, devido à maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens.^(19,20)

A média de idade dos idosos neste estudo foi de 78,24 anos, o que é confirmado por estudos nacionais em que as médias de idade foram de 78,4;⁽²¹⁾ 79,04⁽²²⁾ e 82,4 anos.⁽²³⁾

Em relação ao estado civil, 66,4% dos idosos declararam ser solteiros. Em estudo realizado em Natal-RN, o percentual de idosos solteiros foi de 60%⁽²⁴⁾ e em uma ILPI do estado do Rio de Janeiro, foi de 60,5%.⁽¹⁵⁾ Esse resultado pode indicar que não ter um(a) companheiro(a) seja um fator de risco para a institucionalização.⁽²⁵⁾ Reforça também a hipótese de que uma das causas de institucionalização é a fragilidade na rede de apoio familiar e social.

Ainda no que se refere às características sociodemográficas um estudo identificou que mais de 30% dos idosos institucionalizados em Campo Grande-MS e Cuiabá-MT (região centro-oeste) e respectivamente 30 e 46 % dos idosos do Rio de Janeiro e Juiz de Fora (região sudeste) não concluíram o ensino fundamental.⁽¹⁵⁾ Já no presente estudo 48,3% dos idosos não concluíram o ensino fundamental I. Destaca-se o baixo nível socioeconômico da região e a procedência rural de grande parte dos idosos institucionalizados, fatores que podem dificultar o acesso à educação formal.

Quanto aos diagnósticos identificados nos idosos institucionalizados, este estudo demonstra um predomínio das doenças vasculares (n=74; 63,8%). O mesmo resultado pode ser observado em estudo de ILPI de Juiz de Fora-MG.⁽²³⁾ Nota-se que o aumento da expectativa de vida é acompanhado pela expansão do tempo de exposição a fatores de risco para doenças cardiovasculares como tabagismo, etilismo, sedentarismo e má alimentação.⁽²⁶⁾

No presente estudo houve predomínio de 67,2% no uso de medicações antidepressivas. Em outro estudo⁽²⁷⁾ 73,13% dos idosos institucionalizados faziam uso de medicação psicotrópica. Este elevado índice no uso de medicações psicotrópicas pode indicar a relevância para os aspectos da saúde mental na população idosa institucionalizada. Normalmente

a institucionalização impõe aos idosos uma rotina com poucas atividades, que somado ao histórico de maus tratos, abandono e exclusão social, são importantes fatores desencadeantes de quadros de sofrimento mental.⁽²⁷⁾

A polifarmácia também foi frequentemente identificada neste estudo, em que 46,6% dos idosos entrevistados faziam uso diário de cinco ou mais medicamentos. Em estudo realizado em Porto Alegre-RS o percentual foi de 71,5%.⁽²²⁾ A alta prevalência da polifarmácia entre os idosos institucionalizados pode estar associada ao elevado número de agravos presentes neste grupo, com destaque das doenças crônicas.⁽²⁴⁾

Do total de idosos da ILPI em estudo, 56,9% possuíam histórico de queda no último ano e 72,4% afirmou ter medo de cair. O estudo em ILPI de Juiz de Fora-MG aponta menor percentual de quedas (27,5%) e de medo de cair (60%). A queda é um desfecho comum nesta população podendo estar associada a diversos fatores, entre eles o déficit visual ou auditivo, comprometimento do equilíbrio, doenças osteoarticulares, restrição da mobilidade física, redução da força muscular e óssea. Além de outros fatores, como calçados inapropriados ou infraestrutura inadequada.⁽²²⁾

No tocante a funcionalidade e cognição, a maioria dos idosos foi classificada, respectivamente, como mais funcional (n=39; 33,6%) conforme a Escala de *Katz* e com inabilidade (n=90; 77,6%) segundo o Teste do Relógio. Em outro estudo,⁽²²⁾ 43,5% dos idosos foram classificados como mais funcionais. Já em pesquisa internacional⁽²⁸⁾ 47% dos idosos institucionalizados apresentaram alterações na funcionalidade e 75% comprometimento cognitivo. A institucionalização pode expor os idosos ao isolamento social, a falta de estímulos cognitivos e físicos, que podem impactar negativamente na funcionalidade e cognição dos idosos.⁽²⁸⁾

Enfatiza-se também, que grande parte das ILPIs não aceitam idosos com grau elevado de dependência devido ao alto custo para o cuidado. Entretanto, a legislação brasileira assegura que indivíduos em idade avançada e que apresentam comprometimento físico e/ou cognitivo expressivo, com ausência de familiares ou em situação de vulnerabilidade social gerada por renda insuficiente podem ser encaminhados para uma ILPI. Esse pode ser um dos fatores relativos à heterogeneidade das condições de saúde dos idosos institucionalizados.⁽²²⁾

As limitações estão relacionadas ao fato do estudo ser de delineamento transversal, impossibilitando assim, a investigação de condições de baixa prevalência e pelo estudo ter sido realizado em apenas uma ILPI.

Este estudo pode contribuir com o avanço do conhecimento da clínica e epidemiologia de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Proporciona reflexões acerca das necessidades gerontológicas e subsídios para uma prática de cuidado integral ao idoso institucionalizado, com vistas ao atendimento das necessidades biopsicossociais, espirituais e fisiológicas. Além de possibilitar planejamento e implementação de intervenções eficazes com vistas à prevenção, resolução de problemas e promoção da saúde, com impactos diretos na autonomia e independência dos idosos institucionalizados.

CONCLUSÃO

A partir da avaliação dos idosos institucionalizados, pode-se observar a maior prevalência do sexo masculino, doenças vasculares, polifarmácia, histórico de quedas e alterações na funcionalidade e cognição. Esta caracterização do perfil dos idosos institucionalizados, descreve de forma concisa problemas reais e potenciais que proporcionam reflexos e discussões importantes quanto aos cuidados que podem e devem ser implementados aos idosos institucionalizados, se atentando às particularidades do processo de envelhecimento de cada indivíduo. Recomenda-se a realização de estudos com delineamentos mais robustos que avaliem os fatores associados a institucionalização de idosos, ampliando a capacidade de análise e inferência dos determinantes de qualidade de vida, independência, autonomia e funcionalidade de idosos institucionalizados.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Contribuições

Concepção e/ou desenho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final, aprovação da versão final a ser publicada: Tatielle Aparecida Almeida Bernardes, Edileuza Teixeira Santana, Gabriella Gonçalves Coutinho, Luiza Rodrigues Camisasca, Gabriel Dias de Araújo, Fabíola Afonso Fagundes Pereira, Ricardo Otávio Maia Gusmão, Diego Dias de Araújo.

REFERÊNCIAS

- Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia*. 2019;15(32):69-79.
- Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2012/2017: Características gerais dos domicílios e dos moradores. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2018 [citado 2021 Fev 10]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101622>
- Miranda GM, Mendes AC, Silva AL. Envelhecimento populacional no Brasil: desafios sociais atuais e futuros e consequências. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):507-19.
- Güths JF, Jacob MH, Santos AM, Arossi GA, Béria JU. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados do litoral norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(2):175-85.
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2005 [citado 2021 Fev 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html
- Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: Velhas e novas questões. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 1a ed. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA; 2016.
- Alves MB, Menezes MR, Felzemburg RD, Silva VA, Amaral JB. Instituições de Longa Permanência para Idosos: Aspectos físico-estruturais e organizacionais. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20160337.
- Brasil. Presidência da República. Decreto nº 9.921, de 18 de Julho de 2019. Dispõem sobre a temática da pessoa idosa [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2019 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm
- Garbaccio JL, Ferreira AD. Diagnósticos de enfermagem em uma instituição de longa permanência para idosos. *R Enferm Cent O Min*. 2012;2(3):303-13.
- Corrêa ES, Arrabaça MP, Yamaguchi MU, Bernuci MP. Proposta de instrumento para admissão de idosos em Instituições de Longa Permanência: Elaboração e validação. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(3):e180215.
- Freitas MC, Pereira RF, Guedes MV. Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza-CE. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011;9(3):518-26.
- Lino VT, Pereira SR, Camacho LA, Ribeiro-Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12.
- Hartmann-Junior JA, Gomes GC. Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizados. *Rev SBPH*. 2015;18(1):52-81.
- Camarano AA. Características das instituições de longa permanência para idosos: Região Sudeste. 5a ed. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA; 2010.
- Santiago LM, Luz LL, Silva JF, Oliveira PH, Carmo CN, Mattos IE. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos institucionalizados em municípios das regiões Sudeste e Centro-Oeste do Brasil. *Geriatr Gerontol Aging*. 2016;10(2):86-92.
- Carvalho MP, Dias MO. Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*. 2011;40:161-84.
- Moita J, Vivas C, Leal S, Oliveira S. Turismo social Sênior: Caracterização do perfil e preferências do idoso institucionalizado, na região do Alentejo. *Int J Hosp Tour Adm*. 2019;12(1):139-63.
- Araújo VO, Almeida GB. Representação social de idosos institucionalizados sobre os benefícios e malefícios das vacinas. *Enferm Foco*. 2019;10(2):131-5.
- Silva RS, Fedosse E, Pascotini FS, Riehs EB. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019;27(2):345-56.
- Silva PA, Santos FC, Soares SM, Silva LB. Perfil Sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. *J Res Fundam Care Online*. 2018;10(1):97-105.
- Bald E, Adami FS. Avaliação nutricional e perfil sociodemográfico de idosos institucionalizados. *Rev Destaques Acadêmico*. 2019;11(3):191-201.
- Rosa VP, Cappellari FC, Urbanetto JS. Análise dos fatores de risco para quedas em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(1):e180138.
- Freire NS, Cruz MV, Guedes JM, Campos LM, Santos-Silva DC, Lopes WJP, et al. Perfil sociodemográfico e de adoecimento de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência: estudo observacional. *Rev Kairós Gerontol*. 2018;21(2):227-40.
- Azevedo LM, Lima HH, Oliveira KS, Medeiros KF, Gonçalves RG, Nunes VM, Piuvesam G. Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2017;19(3):16-23.
- Veloso C, Brito A, Rodrigues L, Veloso L. Perfil socioeconômico e epidemiológico de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Enferm UFPE Online*. 2016;10(7):2504-12.
- Massa KH, Duarte YA, Chiavegatto-Filho AD. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(1):105-14.
- Silva DV, Carmo JR, Cruz ME, Rodrigues CA, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco*. 2019;10(3):112-8.
- Scherrer Júnior G, Simão M, Passos KG, Ernandes RC, Alonso AC, Belasco AG. Cognição prejudicada de idosos em instituições de longa permanência pública de São Paulo. *Enferm Bras*. 2019;18(3):339-48.

ANÁLISE DA CONVERGÊNCIA ENTRE O RISCO DE QUEDAS E A DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ANÁLISIS DE LA CONVERGENCIA ENTRE RIESGO DE CAÍDAS Y DEPENDENCIA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ANALYSIS OF THE CONVERGENCE BETWEEN THE RISK OF FALLS AND DEPENDENCE ON NURSING CARE

Fernanda Silva de Morais¹ (<https://orcid.org/0000-0002-5647-2619>)

Fernanda Lima Herold¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1863-0644>)

Amanda Pestana da Silva¹ (<https://orcid.org/0000-0002-8551-6334>)

Ana Laura Olsefer Rotta¹ (<https://orcid.org/0000-0003-2747-3580>)

Lucas Paulo de Souza¹ (<https://orcid.org/0000-0003-0935-1117>)

Tatiana Scopel Machado¹ (<https://orcid.org/0000-0001-7059-3014>)

Janete de Souza Urbanetto¹ (<https://orcid.org/0000-0002-4697-1641>)

Descritores

Segurança do paciente; Acidentes por quedas; Assistência à saúde; Cuidados de enfermagem; Enfermagem

Descriptors

Patient safety; Accidental falls; Delivery of health care; Nursing care; Nursing

Descriptores

Seguridad del paciente; Accidentes por caídas; Prestación de atención de salud; Atención de enfermería; Enfermería

Recebido

11 de Setembro de 2020

Aceito

22 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Janete de Souza Urbanetto
E-mail: jurbanetto@puccrs.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a convergência entre o risco de quedas e a dependência para o cuidado de enfermagem de pacientes hospitalizados, utilizando a Morse Fall Scale – versão brasileira e o Sistema de Classificação de Pacientes.

Métodos: Estudo metodológico, com delineamento de coorte e desenvolvido em duas unidades de internação de um hospital universitário em Porto Alegre/RS. A amostra totalizou 510 pacientes que foram acompanhados durante a hospitalização, no período de setembro a dezembro de 2018. As variáveis coletadas foram demográficas (idade e sexo), risco de quedas pela Morse Fall Scale – versão brasileira, grau de dependência para o cuidado de enfermagem pelo Sistema de Classificação de Pacientes e a ocorrência de quedas. Análise dos dados foi realizada por estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Evidenciou-se uma taxa de quedas de 2,3%. Identificou-se associação estatisticamente significativa entre Risco Elevado e ocorrência de quedas. Os pacientes classificados em Cuidados Intermediários, Semi-Intensivos e Intensivos associaram-se ao Risco Elevado para quedas, e os pacientes classificados na categoria de Cuidados Mínimos associaram-se ao Risco Baixo de quedas conforme a Morse Fall Scale – versão brasileira.

Conclusão: Os pacientes com maior dependência para os cuidados de enfermagem também possuem maior risco de quedas durante a hospitalização.

ABSTRACT

Objective: To analyze the convergence between the risk of falls and dependence for the nursing care of hospitalized patients, using the Morse Fall Scale – Brazilian version and the Patient Classification System.

Methods: Methodological study, with a cohort design and developed in two inpatient units of a university hospital in Porto Alegre / RS. The sample totaled 510 patients who were followed up during hospitalization, from September to December 2018. The variables collected were demographic (age and sex), fall risk by the Morse Fall Scale – versão brasileira, degree of dependency for nursing care by the Sistema de Classificação de Pacientes and the occurrence of falls. Data analysis performed using descriptive and inferential statistics.

Results: There was a fall rate of 2.3%. A statistically significant association was identified between high risk and the occurrence of falls. Patients classified as Intermediate, Semi-Intensive and Intensive Care were associated with the High Risk for falls, and patients classified in the Minimum Care category were associated with the Low Risk of falls according to the Morse Fall Scale – Brazilian version.

Conclusion: Patients with greater dependence on nursing care also have a higher risk of falls during hospitalization.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la convergencia entre el riesgo de caídas y la dependencia para el cuidado de enfermería de los pacientes hospitalizados, utilizando la Morse Fall Scale - versión brasileña y el Sistema de Clasificación de Pacientes.

Métodos: Estudio metodológico, con diseño de cohorte y desarrollado en dos unidades de internación de un hospital universitario de Porto Alegre / RS. La muestra fue de 510 pacientes que fueron seguidos durante la hospitalización, de septiembre a diciembre de 2018. Las variables recolectadas fueron demográficas (edad y sexo), riesgo de caídas por la Morse Fall Scale – versão brasileira, grado de dependencia para los cuidados de enfermería por el Sistema de Classificação de Pacientes y ocurrencia de caídas. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Hubo una tasa de caída del 2.3%. Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre alto riesgo y ocurrencia de caídas. Los pacientes clasificados como Intermedio, Semi-Intensivo e Intensivo se asociaron con el Alto Riesgo de caídas, y los pacientes clasificados en la categoría de Atención Mínima se asociaron con el Bajo Riesgo de caídas según la Escala Morse de Caídas - versión brasileña.

Conclusión: Los pacientes con mayor dependencia de los cuidados de enfermería también tienen mayor riesgo de caídas durante la hospitalización.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar:

Morais FS, Herold FL, Silva AP, Rotta AL, Souza LP, Machado TS, et al. Análise da convergência entre o risco de quedas e a dependência dos cuidados de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(3):593-600.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4406

INTRODUÇÃO

A segurança dos pacientes tem sido um tema amplamente discutido em todo o país. A partir de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) impulsionou a criação de protocolos que guiassem práticas seguras nas instituições, dentre estes, o de Prevenção de Quedas, que também é uma das metas internacionais de segurança do paciente.⁽¹⁾

A queda é definida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como “um evento que resulte em uma pessoa vir inadvertidamente a ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”.⁽²⁾ De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) os fatores de risco relacionados com as quedas podem ser classificados em três categorias: intrínsecas (como idade, sexo, distúrbios de marcha e equilíbrio, por exemplo), extrínsecas (como iluminação inadequada, superfícies escorregadias, dentre outros) e comportamentais (como não adesão às recomendações).⁽³⁾

A *Morse Fall Scale* (MFS) é uma escala validada para mensurar o risco de quedas.⁽⁴⁾ É composta por seis itens de avaliação, que constituem o escore de risco: histórico de queda, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, marcha e estado mental. Foi adaptada transculturalmente para o Brasil em 2013 e validada para pacientes hospitalizados em 2016, passando a denominar-se *Morse Fall Scale – Versão Brasileira* (MFS-B).^(5,6) A MFS-B se mostrou adequada para prever a ocorrência de queda, com 95,2% de capacidade de predição da queda, na pontuação de 44,78 pontos para o risco de quedas.⁽⁶⁾

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é definido como um sistema que permite a classificação de pacientes em grupos ou categorias de cuidado, determinando, assim, o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem. Tem como objetivo estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o quantitativo de pessoal necessário para atender as suas necessidades.⁽⁷⁾ O SCP é composto por 12 itens de avaliação: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica, integridade cutaneomucosa/comprometimento tecidual, curativo e tempo utilizado na realização dos curativos. Cada critério avaliado recebe uma pontuação para compor a classificação do grau de dependência do paciente.^(8,9)

Este estudo teve como objetivo analisar a convergência entre o risco de quedas e a dependência para o cuidado

de enfermagem de pacientes hospitalizados, utilizando a MFS-B e o SCP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico, caracterizado pelos processos de desenvolvimento e avaliação de instrumentos de coleta de dados.⁽¹⁰⁾ Para este estudo foi realizada a validade de critério (da MFS-B) do tipo concorrente, que se dá pela associação entre as pontuações de um instrumento e um critério externo amplamente aceito considerado um padrão ouro em tal assunto (o SCP).⁽¹¹⁾ Também foi utilizado o delineamento de coorte para a coleta dos dados, tendo sido desenvolvido em duas unidades de internação clínico-cirúrgicas de um hospital universitário em Porto Alegre/Rio Grande do Sul, Brasil.

A população foi composta por todos os pacientes hospitalizados em duas unidades de internação clínico-cirúrgicas durante o período de coleta de dados. Foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência,⁽¹²⁾ de modo que todos os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que ocorreu a coleta de dados, desde que atendessem aos critérios de inclusão/exclusão.⁽¹³⁾ O cálculo amostral foi realizado considerando a média de pacientes internados em quatro meses (680 pacientes), erro amostral de 2%, percentual estimado de 0,2% de quedas, resultando na amostra mínima de 473 pacientes. Desta forma, para este estudo a amostra constituiu-se de 510 pacientes, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos de ter idade ≥ 18 anos e serem abordados para a pesquisa nas primeiras 24 horas de internação.

Foram excluídos do estudo 138 pacientes (33 pacientes por estarem em medidas de bloqueio epidemiológico (evitar contato desnecessário), 83 pacientes não abordados nas primeiras 24 horas de internação, pois encontravam-se realizando exames ou cirurgias e 22 pacientes por serem analfabetos, sem um responsável para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Recusaram-se a participar do estudo 32 pacientes. Nenhum paciente foi excluído por tetraplegia e/ou impossibilidade de resposta por coma, impeditivos para a aplicação da MFS.

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores, de setembro a dezembro de 2018, por meio de avaliação direta dos pacientes e seus prontuários. As variáveis coletadas foram: demográficas (idade e sexo), risco de quedas pela MFS-B,⁽⁶⁾ grau de dependência para o cuidado de enfermagem pelo SCP e a ocorrência de quedas.⁽⁹⁾ Os pacientes foram avaliados nas primeiras 24 horas de internação e, posteriormente, a cada 5 dias (conforme média

de permanência da instituição), até a alta ou até o total de quatro avaliações realizadas.

A MFS-B contém seis itens de avaliação: histórico de queda (zero a 25 pontos); diagnóstico secundário (zero a 15 pontos); auxílio na deambulação (zero a 30 pontos); terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado (zero a 20 pontos); marcha (zero a 20 pontos); estado mental (zero a 15 pontos). A soma das pontuações de cada item gera um escore para a classificação do risco de quedas em Risco Baixo (0 – 24 pontos), Risco Moderado (25 – 44 pontos) e Risco Elevado (\geq 45 pontos).^(5,6)

O SCP contém 12 áreas de cuidado, três a mais que a recomendada por Fugulin e colaboradores.⁽⁶⁾ São elas: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica, integridade cutâneo-mucosa/comprometimento tecidual, curativo e tempo utilizado na realização dos curativos. Cada área de cuidado possui uma graduação da complexidade assistencial, que vai de 1 a 4, sendo 1 a menor complexidade e 4, a maior complexidade. O somatório dos pontos de cada área gera a classificação em categorias de cuidado, sendo elas: Cuidado Mínimo (12 – 17 pontos), Cuidado Intermediário (18 – 22 pontos), Cuidado Alta Dependência (23 – 28 pontos), Cuidado Semi-Intensivo (29 – 34 pontos) e Cuidado Intensivo (acima de 34 pontos).⁽⁹⁾

Os dados foram registrados em planilha de Excel, com dupla digitação e análise de incongruências. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, com medidas de tendência central (média e mediana) e variabilidade (amplitude e desvio padrão). Sempre que identificada assimetria dos dados numéricos pelo teste Kolmogorov-Smirnov, utilizaram-se a mediana e amplitude. A estatística inferencial foi realizada pelo Teste Qui-Quadrado de Pearson e Teste de Fisher, com significância estatística de 5%. A análise de correlação entre os escores da MFS-B e SCP foi realizada pelo Teste de Correlação de Pearson.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE: 84303518.4.0000.5336 e Parecer 2.585.634) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A amostra do estudo agregou 510 pacientes, 230 (45,1%) eram do sexo feminino e 280 (54,9%), do sexo masculino, com mediana de 62,0 (18 – 95) anos. Quanto ao número de avaliações, tiveram mediana de uma vez (mínimo 1 e máximo 4 vezes), sendo 282 (55,3%) pacientes avaliados

apenas uma vez; 123 (24,1%) pacientes, apenas duas vezes; 45 (8,8%) pacientes, três vezes; e 60 (11,8%) pacientes, quatro vezes. Identificou-se assimetria na distribuição das pontuações da MFS-B e do SCP, considerando as quatro avaliações, com exceção dos escores da quarta avaliação do SCP. Desta forma, a mediana da MFS-B variou na primeira, segunda, terceira e quarta avaliações (35,0 – 40,0 – 45,0 – 45,0 respectivamente), classificando os pacientes na primeira e segunda avaliações em Risco Moderado e, posteriormente, na terceira e quarta avaliações, em Risco Elevado para quedas. Ao analisar o SCP, a mediana também variou na primeira, segunda e terceira avaliações (17,0 – 18,0 – 18,0 respectivamente), classificando os pacientes na primeira avaliação em Cuidados Mínimos e nas demais, em Cuidados Intermediários. Já, na quarta avaliação do SCP, com distribuição normal, a média foi de $20,7 \pm 5,2$ pontos, também classificando os pacientes em Cuidados Intermediários. As características dos pacientes avaliados, conforme o risco de queda pela aplicação da MFS-B, estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Características dos pacientes de acordo com a avaliação do risco de quedas pela *Morse Fall Scale – Versão brasileira* (n=510)

<i>Morse Fall Scale – Versão brasileira</i>	n(%)
Histórico de quedas	
Não caiu nos últimos três meses	363(71,2)
Sim, caiu nos últimos três meses	147(28,8)
Diagnóstico secundário	
Não possui mais de um diagnóstico	221(43,3)
Sim, possui mais de um diagnóstico	289(56,7)
Auxílio na deambulação	
Não utiliza	319(62,5)
Totalmente acamado	88(17,3)
Deambula auxiliado por profissional da saúde	35(6,9)
Usa muletas/bengala/andador	17(3,3)
Segura-se no mobiliário/parede	51(10,0)
Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não faz uso	84(16,5)
Sim, faz uso	426(83,5)
Marcha	
Normal	246(48,2)
Não deambula/totalmente acamado	68(13,3)
Não deambula/usa cadeira de rodas	22(4,3)
Fraca	125(24,5)
Comprometida/cambaleante	49(9,6)
Estado mental	
Orientado/capaz quanto à sua capacidade/limitação	445(87,3)
Superestima capacidade/esquece limitações	65(12,7)
Classificação MFS-B	
Risco baixo	136(26,7)
Risco moderado	157(30,8)
Risco elevado	217(42,5)

As características dos pacientes avaliados, conforme a dependência para o cuidado de enfermagem pela aplicação do SCP, estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2. Características dos pacientes de acordo com a avaliação da dependência para o cuidado de enfermagem pelo Sistema de Classificação de Pacientes (n=510)

Sistema de classificação de pacientes	n(%)
Estado mental	
Orientação no tempo e no espaço	486(95,3)
Períodos de desorientação no tempo e no espaço	23(4,5)
Períodos de inconsciência	1(0,2)
Inconsciente	-(-)
Oxigenação	
Não depende de oxigênio	468(91,8)
Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	16(3,1)
Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	26(5,1)
Ventilação Mecânica (uso de ventilador a pressão ou volume)	-(-)
Sinais vitais	
Controle de rotina (8 horas)	2(0,4)
Controle em intervalos de 6 horas	508(99,6)
Controle em intervalos de 4 horas	-(-)
Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	-(-)
Motilidade	
Movimenta todos os segmentos corporais	464(90,9)
Limitação de movimentos	35(6,9)
Dificuldade de movimentar segmentos corporais. Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem.	6(1,2)
Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal. Mudança de decúbito passiva programada e realizada pela enfermagem.	5(1,0)
Deambulação	
Ambulante	336(65,9)
Necessita de auxílio para deambular	84(16,5)
Locomoção através de cadeira de rodas	14(2,7)
Restrito ao leito	76(14,9)
Alimentação	
Autossuficiente	433(84,9)
Por boca, com auxílio	57(11,2)
Através de sonda nasogástrica	19(3,7)
Através de cateter central	1(0,2)
Cuidado corporal	
Autossuficiente	255(50,0)
Auxílio no banho de chuveiro e/ou higiene oral	112(22,0)
Banho de chuveiro e/ou higiene oral realizada pela enfermagem	49(9,6)
Banho de leito e higiene oral realizada pela enfermagem	94(18,4)
Eliminação	
Autossuficiente	288(56,5)
Uso de vaso sanitário com auxílio	76(14,9)
Uso de comadre ou eliminações no leito	100(19,6)
Evacuações no leito e uso de sonda vesical de demora para controle da diurese	46(9,0)
Terapêutica	
IM ou VO	84(16,5)
EV intermitente	396(77,6)
EV contínuo ou através de sonda nasogástrica	30(5,9)
Uso de drogas vasoativas para manutenção da PA	-(-)
Integridade cutâneo-mucosa/comprometimento tecidual	
Pele íntegra	264(51,8)
Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas	109(21,4)
Presença de solução de continuidade da pele	130(25,5)
Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte, como tendões e cápsulas. Eviscerações.	7(1,3)
Curativo	
Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica realizada pelo paciente durante o banho	374(73,3)
Curativo realizado 1x/dia pela equipe de enfermagem	130(25,5)
Curativo realizado 2x/dia pela equipe de enfermagem	5(1,0)
Curativo realizado 3x/dia pela equipe de enfermagem	1(0,2)

Continua..

Continuação.

Sistema de classificação de pacientes	n(%)
Tempo utilizado na realização dos curativos	
Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho	374(73,0)
Entre 5 e 15 minutos	124(24,3)
Entre 15 e 30 minutos	12(2,7)
Superior a 30 minutos	-(-)
Categorias do sistema de classificação de pacientes	
Cuidados mínimos	290(56,9)
Cuidados intermediários	128(25,1)
Cuidados de alta dependência	78(15,3)
Cuidados semi-intensivos	13(2,5)
Cuidados intensivos	1(0,2)

A análise da associação entre o risco de queda baixo, moderado e elevado e a dependência para cuidados de enfermagem mínimos ao semi-intensivos, utilizando a MFS-B e o SCP, está apresentada na tabela 3.

Tabela 3. Associação entre o risco de quedas, pela *Morse Fall Scale* - Versão Brasileira e a dependência para o cuidado de enfermagem, pelo Sistema de Classificação de Pacientes (n=510)

Variáveis	Morse Fall Scale - Versão Brasileira			p-value*
	Risco baixo	Risco moderado	Risco elevado	
Sistema de classificação de pacientes				
Cuidados mínimos	103(35,5) ¹	90(31,0)	97(33,4)	<0,001
Cuidados intermediários	21(16,4)	35(27,3)	72(56,3) ¹	
Cuidados de alta dependência	10(12,8)	30(38,5) ¹	38(48,7)	
Cuidados semi-intensivos	2(15,4)	2(15,4)	9(69,2) ¹	
Cuidados intensivos	-(-)	-(-)	1(100) ¹	

* Fisher's Exact Test; ¹ Associação estatisticamente significativa

Ao analisar a correlação entre os escores da MFS-B e do SCP, encontrou-se o valor de $r = 0,228$ ($p < 0,001$), indicando uma correlação entre os dois, no entanto, considerada fraca. Durante o período de coleta de dados, ocorreram 12 quedas que envolveram os pacientes incluídos no estudo, evidenciando uma taxa de quedas de 2,3%. A tabela 4 apresenta a associação entre a ocorrência de queda, com o risco de queda pela MFS-B, e a dependência para o cuidado de enfermagem pelo SCP.

Tabela 4. Associação da ocorrência de queda, com o risco de queda conforme a *Morse Fall Scale*, e a dependência para o cuidado da enfermagem, conforme o Sistema de Classificação de Pacientes (n=510)

Variáveis	Queda		p-value*
	Não n(%)	Sim n(%)	
Morse Fall Scale - Versão Brasileira			
Risco baixo	136(27,3) ¹	-	0,003
Risco moderado	156(31,3) ¹	1(8,3)	
Risco elevado	206(41,4)	11(91,7) ¹	
Sistema de classificação de pacientes			
Cuidados mínimos	287(57,6) ¹	3(25,0)	0,035
Cuidados intermediários	120(24,1)	8(66,7) ¹	
Cuidados alta dependência	77(15,5)	1(8,3)	
Cuidados semi-intensivos	13(2,6)	-	
Cuidados intensivos	1(0,2)	-	

* Fisher's Exact Test; ¹ Associação estatisticamente significativa

DISCUSSÃO

O dimensionamento de pessoal de enfermagem adequado é um ponto crítico para a segurança dos pacientes e a qualidade do cuidado no meio hospitalar. Dimensionamentos inadequados ou insuficientes aumentam o risco de comprometimento no cuidado e de ocorrência de incidentes.⁽¹⁴⁾ Da mesma forma, a identificação do risco de quedas é um fator de extrema importância dentro do ambiente hospitalar. Permite o planejamento de estratégias e a implementação de protocolos de prevenção, visando à redução de incidentes relacionados a esse evento e maior segurança para o paciente.

Estudo que aplicou o SCP de *Fugulin* em pacientes de unidades de internação obteve resultados semelhantes aos do presente estudo, cujos participantes foram classificados, em sua maioria, como em Cuidados Mínimos, seguidos de Cuidados Intermediários. Também foram identificados dois estudos nos quais a maioria dos pacientes necessitava de Cuidados Mínimos.^(15,16) Em contrapartida, outros dois estudos classificaram a maioria dos pacientes de unidades de internação em Cuidados Semi-Intensivos.^(17,18) Outro aspecto de destaque é que os cuidados mais frequentes demandados pelos pacientes à equipe de enfermagem foram referentes aos cuidados corporais, deambulação, motilidade, eliminações e curativos.

Neste estudo identificou-se a presença de pacientes classificados nas categorias Cuidados Semi-Intensivos e Intensivos em unidades de internação. Conforme a escala aplicada, estes pacientes exigem maior carga de trabalho de enfermagem. Dois estudos problematizaram a internação de pacientes classificados como em Cuidados Semi-Intensivos, em unidades não preparadas para tal atendimento. Destacaram a importância da classificação do grau de dependência dos pacientes, com o objetivo de identificar quais necessitam de maior atenção da equipe de enfermagem e aperfeiçoar a assistência prestada, individualizando-a.^(17,18)

Na presente investigação, 91,7% dos pacientes que caíram tinham Risco Elevado para queda de acordo com a MFS-B. Apenas um paciente que caiu estava na classificação de Risco Moderado. Esse resultado corrobora com a proposta da MFS-B de que, quanto maior é o risco de quedas, maior a sua incidência. Esse resultado corrobora com o que foi encontrado em estudos brasileiros, um estudo de coorte e um longitudinal, ambos realizados em hospitais do Rio Grande do Sul.⁽¹⁹⁾ Ainda, em um estudo de coorte realizado em Israel, no qual todos os pacientes apresentaram Risco Elevado, os que caíram apresentaram maior pontuação na MFS.⁽²⁰⁾

Quando se analisa os resultados sob a ótica das duas escalas, tanto o risco de quedas quanto a ocorrência da queda se associaram com a classificação de dependência dos pacientes. Ou seja, quanto maior a dependência dos pacientes para o cuidado de enfermagem, aferida pelo SCP, maior é o risco de cair, conforme a MFS-B, comprovando a hipótese da pesquisa. Os pacientes classificados em Cuidados Intermediários, Semi-Intensivos e Intensivos associaram-se ao Risco Elevado para quedas e os pacientes classificados na categoria de Cuidados de Alta Dependência associaram-se ao Risco Moderado para quedas. Já os pacientes classificados na categoria de Cuidados Mínimos pelo SCP associaram-se ao Risco Baixo de quedas conforme a MFS-B.

A mesma performance se manteve quanto à queda dos pacientes, evidenciando que a ocorrência de quedas está associada com os pacientes que tiveram Risco Elevado de quedas, conforme a MFS-B e com os pacientes classificados em Cuidados Intermediários, conforme o SCP. Já os pacientes que não caíram associaram-se com o Risco Baixo e Moderado da MFS-B e com Cuidados Mínimos, conforme o SCP.

Reforça-se este achado, ao identificar uma taxa de quedas de 2,3% durante o período de coleta de dados, provavelmente em função de os pacientes, predominantemente (56,1%), possuírem menor dependência para o cuidado da enfermagem durante a hospitalização. Esses pacientes estavam mais aptos para a realização de suas atividades, principalmente as que se referem à deambulação (65,9% eram ambulantes sem necessidade de qualquer auxílio no item "Deambulação" do SCP e 65,8% não tinham pontuação de risco no item "Marcha" da MFS-B). Entretanto, destacaram-se vários pacientes com características que corroboram com o risco de quedas, como as relacionadas ao estado mental, motilidade e terapêutica.

Um estudo buscou classificar os pacientes da clínica médica de um hospital geral de acordo com o grau de dependência em relação à equipe de enfermagem e descrever um plano de cuidado. Pacientes que exigiam cuidados semi-intensivos prevaleceram nesse estudo, e a estruturação do plano de cuidados priorizou estes pacientes. Entre os diagnósticos atribuídos a esses pacientes, estão deambulação prejudicada, mobilidade física prejudicada e risco de quedas.⁽¹⁸⁾

Na literatura internacional, um estudo utilizou uma escala de dependência de cuidado para prever necessidades de cuidados e riscos relacionados à saúde de idosos admitidos em uma unidade de internação geriátrica. Os resultados conectaram problemas de locomoção com maior dependência.⁽²¹⁾ Considerando o aumento na expectativa

de vida, as alterações fisiopatológicas relacionadas ao envelhecimento e, conseqüentemente, o crescimento de internações hospitalares de idosos, estudos e soluções relacionados à dependência de cuidado, com destaque para o incidente queda, são imprescindíveis.

Um estudo realizado em Curitiba/PR evidenciou que os idosos não reconhecem o ambiente hospitalar como um local propício ao risco de quedas e, por causa disso, as medidas de prevenção a quedas podem estar sendo negligenciadas. Ainda, esse mesmo estudo revelou que 62% (n = 79) dos participantes não receberam nenhuma orientação sobre prevenção de quedas quando foram admitidos no ambiente hospitalar.⁽²²⁾ Portanto, é importante que enfermeiros tenham esse olhar minucioso com os pacientes, sobretudo os idosos, visto que eles possuem um importante papel na prevenção de quedas de idosos hospitalizados, acerca de informações sobre o espaço físico local e das medidas preventivas que podem ser adotadas.⁽²²⁾

Uma limitação deste estudo foi a inexistência de estudos anteriores que comparassem os resultados da MFS-B com o SCP. O viés deste estudo é a possibilidade de alteração do grau de dependência e do risco de quedas ao longo da internação e ao longo de cada dia. No entanto, este aspecto foi minimizado pela avaliação diária dos pacientes.

Os achados deste estudo podem servir como uma estratégia importante para o planejamento do dimensionamento de pessoal de enfermagem, uma vez que, quanto maior a dependência, maior também são o risco de queda e o comprometimento do estado geral do paciente. Espera-se que estes resultados possam subsidiar os gerentes e profissionais de saúde no planejamento de estratégias que previnam e/ou diminuam a ocorrência desse evento, refletindo em maior segurança do paciente e redução da sobrecarga de trabalho.

CONCLUSÃO

Esta investigação permitiu realizar um olhar diferenciado acerca destas duas dimensões, o risco de quedas e a dependência para o cuidado da enfermagem durante a hospitalização. Foi possível comprovar a hipótese do estudo

de que, quanto maior a dependência dos pacientes para o cuidado de enfermagem, aferida pelo SCP, maior é o risco para quedas conforme a MFS-B ($p < 0,001$). No entanto, ao testar a correlação entre as duas escalas, esta se deu com fraca magnitude ($r = 0,228$). Provavelmente esta magnitude de correlação entre as classificações se dê em função de diferenças estruturais muito grandes entre as duas escalas, principalmente o SCP, que possui 12 itens de avaliação. Aponta, também a interface de dois elementos controlados pela enfermagem no cotidiano do processo de enfermagem nas instituições hospitalares. Os resultados evidenciam a necessidade de novas pesquisas acerca do assunto.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, pela oportunidade de aprendizagem nas áreas da ciência e tecnologia, tornando possível o desenvolvimento deste projeto de pesquisa. À enfermeira Tatiana Scopel Machado, pelo auxílio e disponibilidade durante o período de coleta de dados.

Contribuições

1 Coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. 2 Coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. 3 Redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. 4 Redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. 5 Redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. 6 Coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. 7 Concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2020 Jun 10]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
2. World Health Organization (WHO). Falls: fact sheets [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
3. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Projeto Diretrizes. Quedas em idosos: Prevenção [Internet]. São Paulo (SP): SBGG; 2008 [citado 2020 Jun 10]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>
4. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Can J Aging*. 1989;8(4):366-77.

5. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):569-75.
6. Urbanetto JS, Pasa TS, Bittencourt HR, Franz F, Rosa VP, Magnago TS. Análise da capacidade de predição de risco e validade da Morse Fall Scale versão brasileira. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(4):e62200.
7. Gaidzinski RR. Dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1994.
8. Fugulin FM, Gaidzinski RR, Kuroganc P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(1):72-8.
9. Santos F, Rogenski NM, Baptista CM, Fugulin FM. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(5):103-8.
10. Lobiondo WG, Haber J. *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. 8a ed. Amsterdã: Elsevier Health Sciences; 2014.
11. Alexandre NM, Gallasch CH, Lima MH, Rodrigues RC. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013;15(3):800-7.
12. Gaya A. *Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa*. 1a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 304 p.
13. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Silabo; 2012. 384 p.
14. International Council of Nurses (ICN). Position Statement. Evidence-based safe nurse Staffing [Internet]. Geneva: ICN; 2018 [cited 2020 Jun 13]. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20PS%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_0.pdf
15. Nobre I, Barros LM, Gomes ML, Silva LA, Lima IC, Caetano J. Sistema de classificação de pacientes de fugulin: perfil assistencial da clínica médica. *Rev Enferm UFPE online*. 2017;11(4):1736-42.
16. Sell BT, Amante LN, Martins T, Sell CT, Senna CV, Loccioni MF. Dimensioning of nursing professionals and the occurrence of adverse events on surgical admission. *Ciênc Cuid Saúde*. 2018;17(1):1-7.
17. Vasconcelos RO, Rigo DF, Marques LG, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JL. Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170098.
18. Rufino A, Rocha B, Castro J, Nascimento J, Silva M. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2015;4(2):5-19.
19. Pasa TS, Magnago TS, Urbanetto JS, Baratto MA, Moraes BX, Carollo JB. Avaliação do risco e incidência de quedas em pacientes adultos hospitalizados. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2862.
20. Gringauz I, Shemesh Y, Dagan A, Israelov I, Feldman D, Pelz-Sinvani N, et al. Risk of falling among hospitalized patients with high modified Morse scores could be further Stratified. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:721.
21. Doroszkiewicz H, Sierakowska M, Muszalik M. Utility of the Care Dependency Scale in predicting care needs and health risks of elderly patients admitted to a geriatric unit: a cross-sectional study of 200 consecutive patients. *Clin Interv Aging*. 2018;13:887-94.
22. Vaccari E, Lenardt MH, Willig MH, Betiolli SE, Andrade LA. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2016;21(n. esp):1-9.

METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS: DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS SOCIAIS

PROBLEMATIZATION METHODOLOGY IN THE PRODUCTION OF MEN'S HEALTH CARE: DEVELOPMENT OF SOCIAL TECHNOLOGIES

METODOLOGÍA DE PROBLEMATIZACIÓN EN LA PRODUCCIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA MASCULINA: DESARROLLO DE TECNOLOGÍAS SOCIALES

Anderson Reis de Sousa¹ (<https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>)

Clea Conceição Leal Borges¹ (<https://orcid.org/0000-0002-9523-6272>)

Márcio Soares de Almeida¹ (<https://orcid.org/0000-0002-1307-9964>)

Isabella Félix Meira¹ (<https://orcid.org/0000-0002-0631-994X>)

Josias Alves de Oliveira¹ (<https://orcid.org/0000-0002-5100-5536>)

Cléton Salbego² (<https://orcid.org/0000-0001-7774-6327>)

Álvaro Pereira¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1899-7374>)

Descritores

Saúde do homem; Tecnologia social; Tecnologia em saúde; Educação em saúde

Descriptors

Men's health; Social technology; Health technology; Health education

Descriptores

Salud de los hombres; Tecnología social; Tecnología de la salud; Educación para la salud

Recebido

15 de Setembro de 2020

Aceito

9 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Anderson Reis de Sousa

E-mail: anderson.sousa@ufba.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a aplicação da Metodologia da Problematização com o arco de Maguerez para o desenvolvimento de tecnologias sociais aplicadas à produção do cuidado à saúde de homens

Métodos: Relato de experiência sobre a construção de uma Tecnologia Social, dedicada ao apoio à produção do cuidado à saúde de homens realizada com estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde participantes de um congresso internacional de saúde em Salvador, Bahia, Brasil, ocorrido em março de 2019. Utilizou-se o método da problematização e o referencial teórico-conceitual de Tecnologia Social e de produção do cuidado.

Resultados: A proposta da Tecnologia Social, direcionada ao fazer profissional e foi estruturada em quatro etapas: planejamento e organização; configuração teórica e metodológica; operacionalização e estruturação; e, execução. Os participantes desenvolveram estratégias de forma bastante variadas eficaz construídas individualmente e em coletivo. Tais estratégias foram expressas em papel do tipo cartolina, e compuseram a montagem de um painel temático educativo/informativo.

Conclusão: A mostrou-se de fácil acesso, baixo custo, factível de reprodução, interativa, problematizante, reflexiva, conferindo um importante dispositivo de apoio à produção do cuidado à saúde de homens.

ABSTRACT

Objective: To analyze the application of the Problematization Methodology with the Maguerez arc for the development of social technologies applied to the production of men's health care.

Methods: Experience report on the construction of a Social Technology, dedicated to supporting the production of health care men's health held with students, researchers and health professionals participating in an international health congress in Salvador, Bahia, Brazil, held in March 2019. The problematization method and the theoretical-conceptual framework of Social Technology and care production.

Results: The Social Technology proposal, aimed at making professionals and was structured in four stages: planning and organization; theoretical and methodological configuration; operationalization and structuring; and, execution. Participants developed quite varied strategies effectively built individually and collectively. Such strategies were expressed on cardboard-type paper, and comprised the setting up of an educational / informational thematic panel.

Conclusion: A proved to be easy to access, low cost, feasible to reproduce, interactive, problematic, reflective, providing an important support device for the production of health care for men.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la aplicación de la Metodología de Problematización con el arco de Maguerez para el desarrollo de tecnologías sociales aplicadas a la producción de servicios de salud masculina

Métodos: Informe de experiencia en la construcción de una Tecnología Social, dedicada a apoyar la producción de servicios de salud. salud del hombre realizado con estudiantes, investigadores y profesionales de la salud que participaron en un congreso internacional de salud en Salvador, Bahia, Brasil, realizado en marzo de 2019. El método de problematización y el marco teórico-conceptual de la Tecnología Social y producción de cuidados.

Resultados: La propuesta de Tecnología Social, orientada a la formación de profesionales y se estructuró en cuatro etapas: planificación y organización; configuración teórica y metodológica; operacionalización y estructuración; y ejecución. Los participantes desarrollaron estrategias bastante variadas, construídas de manera efectiva individual y colectivamente. Dichas estrategias se expresaron en papel tipo cartulina y comprendieron la creación de un panel temático educativo / informativo.

Conclusión: A demostró ser de fácil acceso, bajo costo, factible de reproducir, interactivo, problemático, reflexivo, proporcionando un importante dispositivo de apoyo para la producción de cuidados de salud para hombres.

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

²Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Como citar:

Sousa AR, Borges CC, Almeida MS, Meira IF, Oliveira JA, Salbego C, et al. Metodologia da problematização na produção do cuidado à saúde de homens: desenvolvimento de tecnologias sociais. *Enferm Foco*. 2021;12(3):601-7.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4431

INTRODUÇÃO

A produção do cuidado em saúde configura um expressivo dispositivo de oferta de cuidados, na garantia da integralidade da atenção à saúde.⁽¹⁾ A operacionalização do fazer profissional em saúde deve valorizar a subjetividade dos sujeitos e a suas intersecções ocorridas nos espaços, traduzidos em tecnologia leve, viva em ato.⁽²⁾ Focada ao público masculino, a produção do cuidado vem se constituindo no Brasil com marcos recentes, a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no ano de 2009.⁽³⁾

Estudos nacionais e internacionais reforçam a evidência de que há escassez de formação profissional direcionada ao atendimento do público masculino.^(4,5) Enquanto esta realidade ainda se perpetua, são relevados o baixo potencial de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos pelos homens, o que repercute em significativa morbimortalidade por causas que poderiam ser evitadas.⁽⁶⁾ Isso implica na ampliação de intervenções para o desenvolvimento de boas práticas, na qual se vislumbram as criações de novas tecnologias em saúde.⁽⁷⁾

Ao considerar a necessidade da superação de cenários desfavoráveis na produção do cuidado à saúde de homens, observa-se na Metodologia da Problematização e Arco de Maguerez, uma estratégia potencialmente transformadora do processo de cuidado de indivíduos e coletividades. Sua aplicação, emergente na área da educação, encontra-se sendo largamente utilizada pela área da saúde, em especial pela Enfermagem. Desse modo, a utilização do Arco de Maguerez compreende um caminho promissor de fomento ao desenvolvimento de observação acurada da realidade e da identificação de problemas emergentes do cenário, tal qual o desenvolvimento de tecnologias sociais.⁽⁸⁾

As Tecnologias Sociais (TS) compreendem um conjunto de técnicas e metodologias inovadoras desenvolvidas e aplicadas com determinada população. Representam uma qualificada estratégia para inclusão social e melhoria da qualidade de vida daqueles que são alcançados. A Tecnologia Social tem enfoque interdisciplinar, se orienta guiada por um problema em direção à inclusão social, com fins na elaboração de políticas. Age pautada na adaptação à pequenos formatos, sendo economicamente viável, libertária, criativa e autogestionária (gestão pelos próprios geridos), o que permite o fácil desenvolvimento por profissionais de saúde, como os da Enfermagem, que lidam cotidianamente com a necessidade de alcance de populações em vulnerabilidade, na busca por resoluções de problemas sociais.⁽⁹⁾

Diante disso, e somado ao fato de que as ações de cuidado à saúde, não inserem os homens na centralidade

da atenção, que por sua vez, se mostram ainda distantes das estratégias de cuidado voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos à saúde, vislumbra-se a relevância da criação de soluções inovadoras no processo de trabalho em saúde.⁽⁵⁾ Sob este prisma é que se dedica a campanha *Nursing Now*, promovida em cooperação entre a Organização Mundial da Saúde, *International Council of Nurses*, junto ao Conselho Federal da Enfermagem do Brasil, o qual lidera a campanha no país.

Ancorados na motivação em cumprir a missão de avançar a prática de Enfermagem, este artigo tem como objetivo, apresentar a aplicação da Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez para o desenvolvimento de tecnologias sociais aplicadas à produção do cuidado à saúde de homens.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, que aborda o desenvolvimento de tecnologias sociais pautadas no método da problematização. Este desenvolvimento ocorreu por meio de quatro oficinas de aprendizagem sobre produção do cuidado à saúde de homens.

A construção teórico-metodológica da Tecnologia Social foi planejada a partir das atividades desenvolvidas por estudantes dos cursos de Graduação, Mestrado e Doutorado em Enfermagem e Saúde, de uma escola de Enfermagem na Bahia, Brasil. A Metodologia da Problematização com o arco de Maguerez foi aplicada em atividades nos espaços acadêmicos, durante eventos interdisciplinares.

Com fins no desenvolvimento de tecnologias para o apoio à produção do cuidado à saúde de homens, buscou-se contemplar profissionais e acadêmicos da área da saúde, a fim de fortalecer a prática no âmbito da formação e da atuação profissional. Participaram das atividades, 41 pessoas, entre elas profissionais de saúde da área de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fonoaudiologia, residentes em Enfermagem e Saúde Pública, além de estudantes dos Cursos de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado).

Foram incluídos no estudo os participantes vinculados à formação em saúde. Foram excluídos do estudo os participantes que não estiveram presentes em todas as atividades desenvolvidas pelo grupo.

A estruturação da atividade de aplicação da Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez, foi precedida de quatro etapas, a saber: planejamento e organização; configuração teórica e metodológica; operacionalização e estruturação e execução. As atividades foram aplicadas por seis facilitadores, que conduziam didaticamente oficinas e três apoiadores, que executavam o apoio técnico, logístico e operacional, durante a implementação.

Na etapa de planejamento e organização da Tecnologia Social, realizou-se encontros científicos e reuniões estratégicas promovidas no grupo de pesquisa com o objetivo de definir a temática central. Desenhou-se a estrutura de aplicação da Metodologia da Problematização para o desenvolvimento de Tecnologia Social designando atribuições, funções dos facilitadores e apoiadores e levantamento, discussão e definição das temáticas a serem abordadas. Tomou-se como base os eixos prioritários da (PNAISH)³. Nesta etapa elegeu-se os referenciais teóricos, os recursos e abordagens pedagógicas (metodologias ativas), a operacionalização da infraestrutura, a gestão dos recursos necessários (humanos, materiais e didáticos), a articulação intra e intersetorial, e a mobilização/divulgação de participantes através da utilização das redes sociais digitais (*Facebook, Instagram, WhatsApp*) e sites institucionais da universidade.

Na etapa de configuração teórica e metodológica foram realizadas buscas por bases conceituais de sustentação à implementação das ações da Metodologia da Problematização, com fins no desenvolvimento de Tecnologia Social. Para tanto, adotou-se o referencial de Tecnologia Social proposta por Dagnigo.⁽⁹⁾ A utilização do Arco de Charles Maguerez nas atividades respeitou a estrutura representada na figura 1.



Figura 1. Adaptação do Arco de Maguerez à proposta de estruturação da tecnologia social de produção do cuidado à saúde de homens

Com fins na aplicação da metodologia, adaptou-se a mesma à realidade observada, a saber: apoio à produção do cuidado à saúde de homens. Neste sentido estruturou-se as oficinas na seguinte estrutura:

- a. Questionamento: aplicação da questão norteadora “qual estratégia de ampliação da produção do cuidado à saúde de homens pode ser promovida por você”?

- b. Aplicação: compreensão das atividades, das metodologias empregadas e eficazes para a produção do cuidado à saúde de homens;
- c. Conhecimento: aplicação da atividade “trocando informações e aprendendo mais sobre a temática”;
- d. Restruturação/reflexão: aplicando a atividade “quais estratégias podem ser criadas para a promoção do cuidado de homens?”
- e. Ação: aplicação da atividade “criando estratégias para produção do cuidado à saúde de homens”.

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. As ações realizadas integram um projeto de pesquisa e extensão matriz intitulado: Produção do cuidado e tecnologias sociais para à atenção e educação em saúde de homens no município de Salvador, Bahia, Brasil, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer CAAE: 11851619.2.0000.5531 e nº: 3.313.517.

RESULTADOS

A aplicação da Metodologia Problematizadora com o Arco de Maguerez, possibilitou estabelecer um conjunto de estratégias de apoio, estratificadas por eixos temáticos e apresentar o desenvolvimento de Tecnologia Social de apoio à produção do cuidado à saúde de homens, tais como: murais temáticos educativo-informativo; cartilhas; redes sociais digitais e jogo educativo em saúde.

Categoria temática 1: Conteúdos desvelados a partir da aplicação Metodologia da Problematização e Arco de Maguerez

A partir das demandas e necessidades explicitadas pelos participantes nas oficinas de aplicação da MP com fins no desenvolvimento de TS emergiram conteúdos sobre a problemática central, expressos a partir do agrupamento de eixos temáticos e das estratégias latentes, apresentadas no quadro 1.

Categoria temática 2: Desenvolvimento de Tecnologias Sociais

Baseado no corpo de conhecimentos levantados durante as oficinas, foi possível desenvolver junto aos participantes da Tecnologia Social de apoio à produção do cuidado à saúde masculina a ser aplicada junto aos homens na comunidade, nos serviços de saúde, escolas, instituições corporativas, religiosas, organizações culturais e outras. Estas estratégias construídas em coletivo foram expressas em

Quadro 1. Eixos temáticos e conteúdos/estratégias latentes

Eixos temáticos/ Conteúdos/ Estratégias latentes
<p>1. Acesso e acolhimento nos serviços de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> · Criar de ações itinerantes em ambientes de socialização masculina; · Fortalecer do cuidado cultural; realizar busca ativa de casos no território; · Promover ações juntos aos movimentos de bairro e as lideranças comunitárias; · Flexibilização dos dias e horários de atendimento; escutar sensivelmente; · Reduzir de estereótipos; ambiência; · Capacitar Agentes Comunitários de Saúde; · Estruturar serviço; · Implementar consulta de Enfermagem específica para homens; ampliação a comunicação em saúde; · Fortalecer a educação permanente e continuada.
<p>2. Paternidade e cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> · Construir linhas de cuidado específico para acesso de homens às maternidades; · Estruturar o pré-natal masculino para homens cisgêneros e transgêneros; · Criar de "grupos da família na gestação"; · Desenvolver ações dedicadas à visibilidade e o protagonismo do cuidado paterno; · Reorganizar da ambiência das unidades fraldários, banheiro da família); · Fortalecer as ações de puericultura e cuidados paternos na primeira infância; · Fortalecer o Programa Saúde na Escola.
<p>3. Saúde sexual e reprodutiva</p> <ul style="list-style-type: none"> · Desenvolver de linhas de cuidado à saúde sexual e reprodutiva masculina; · Ampliar a educação sexual; · Promover cuidado baseado em gênero e diversidade sexual; · Fortalecer planejamento reprodutivo; · Ampliar as testagens de Infecções Sexualmente Transmissíveis; · Fortalecer o programa de Profilaxia Pré-Exposição (PreP); · Criar ações específicas para homens trans, gays, bissexuais e homens que fazem sexo com outros homens.
<p>4. Doenças prevalentes da população masculina</p> <ul style="list-style-type: none"> · Promover o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); · Fortalecer as ações em rede; · Potencializar as práticas corporais (Academias da Saúde); · Promover de ações no bem-estar e na qualidade de vida; · Construir de linhas de cuidado para situações de urgência/emergências urológicas; · Maximizar o rastreamento coerente e adequado do câncer de pele não melanoma e próstata; · Criar de grupos de homens; · Desenvolver tecnologias educativas (murais, painéis, panfletos, cartazes, jogos, músicas, cordéis).
<p>5. Prevenção aos acidentes e violências</p> <ul style="list-style-type: none"> · Fortalecer a articulação da PNAISH junto à Política de Prevenção aos Acidentes e Violência; · Promover ações de educação no trânsito; · Criar grupos reflexivos; · Promover ações de combate à masculinidade tóxica; · Sensibilizar a comunitária em prol da cultura de paz e combate ao racismo; · Fortalecer as visitas domiciliares; · Promover de cuidado de família e juventude.
<p>6. Saúde do trabalhador e no trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> · Fortalecer a articulação entre a PNAISH junto à Política de Saúde do Trabalhador; · Ampliar as estratégias de imunização; · Promover ações em segurança ocupacional; · Estabelecer ações junto às empresas e instituições; · Desenvolver de ações junto à categorias de trabalho vulneráveis; · Criar grupo de homens produtores; · Fortalecer a economia solidária e criativa.
<p>7. Saúde mental</p> <ul style="list-style-type: none"> · Desenvolver linhas de cuidado à saúde mental masculina; · Fortalecer os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); · Criar de grupos terapêuticos; · Fortalecer inserção das práticas integrativas em saúde; · Estruturar programas de prevenção ao suicídio; · Ampliar a prevenção/enfrentamento do consumo abusivo de álcool e outras drogas; · Estruturar ações para homens em situação prisional e de rua.

papel do tipo cartolina, de cores variadas e compuseram a montagem de um painel temático educativo/informativo, sob a modalidade da bricolagem, que permitiu consolidar num único espaço as estratégias de apoio geradas na oficina (Figura 2).

Alguns dos produtos tecnológicos cuidativos-educacionais como desenvolvimento de murais temáticos e interativos, cartilhas, jogos educativos em saúde, podem ser visualizados nas figuras 3 e 4.



Figura 2. Murais temáticos

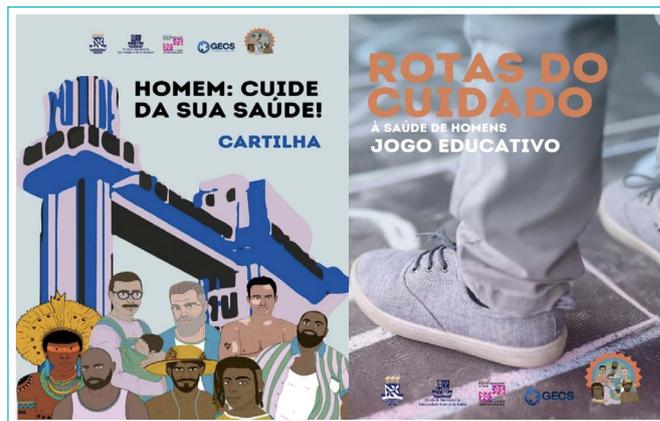


Figura 3. Cartilha e jogo educativo



Figura 4. Criação de rede social no Instagram

DISCUSSÃO

A produção do cuidado à saúde de homens pode ser potencializada se esforços mais abrangentes e articulados forem desenvolvidos como forma de alcançar diferentes públicos masculinos, inseridos em contextos socioculturais e territoriais diversos. O desenvolvimento de Tecnologia Social, tem se mostrado capaz de promover resultados satisfatórios, na superação de modelos centrados e mais tradicionais, por transpor a perspectiva tecnicista, linear, determinista e acrítica de uma alta tecnologia, mas pautada na ação solidária, participativa, de adequação sociotécnica, que seja capaz de refletir sobre os padrões sociais, políticos, econômicos e ecológicos da sociedade.⁽⁶⁾

O protagonismo dos homens deve ser ampliado no processo de produção do cuidado como forma de valorizar suas experiências, respeitar as singularidades, especificidades e garantir a autonomia nos processos decisórios terapêuticos, e no fazer em saúde.⁽¹⁾ Neste sentido, a produção do cuidado, deve estar ancorada na visão de construção de unidades de produção pedagógica, que em articulação com a pedagogia em ato, promovida por meio de relação constitutiva dos protagonismos, possibilitando o alcance de dimensões esperadas na produção do cuidado em saúde, a exemplo do ensino-gestão, setorial-práticas e atenção-controle social.⁽²⁾

Partindo então deste prisma, a partir do incremento de recursos metodológicos pautados na problematização, torna-se possível alcançar de modo eficaz a participação ativa dos sujeitos envolvidos. Além disso, consegue-se observar a realidade, conferindo a possibilidade de produzir síntese sobre o problema debatido, reunir elementos principais, suscitar questionamentos, com base nas teorias aportadas e desenvolver meios para formulação de pensamentos críticos para a transformação da realidade.⁽¹⁰⁾

Como forma de promover resultados expressivos e coerentes, a Tecnologia Social se vale da busca pela resolução de problemas que se encontram dentro dos limites de uma dada sociedade, e que sejam passíveis de solução para promover mudança social. A partir dessa lógica, a Tecnologia Social alcança seu objetivo por meio da adoção de produção flexível, articulada em rede, por meio da autogestão e do cooperativismo.⁽⁹⁾

Seguir por esse pensamento tem estabelecido uma saída para a superação de entraves existentes à mudança na estrutura de produção do cuidado à saúde, por se configurar numa perspectiva pedagógica que dá crédito ao processo de mudança, tomando como base a constituição de novos sujeitos/grupos-sujeitos, bem como de novas subjetividades, que podem emergir ou serem provocadas no âmbito do cotidiano dos serviços de saúde². Assim, em convergência com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, o desafio de implementar a atenção à saúde masculina, deve estar concentrada no desenvolvimento de estratégias que direcionem para a promoção da saúde a partir do alcance do público masculino e a inserção junto às ações e aos serviços ofertados na rede de saúde.⁽³⁾

Em atendimento a esta perspectiva, proposta pela política, produzir cuidado para homens necessita da incorporação de eixos prioritários, como forma de alcançar os homens nas suas distintas possibilidades existenciais de vida, a partir das suas características plurais, a fim de que sejam garantidas à resolubilidade das demandas particulares

de saúde. Por esse motivo é que se destacam o trabalho pautado no desenvolvimento de ações focalizadas no Acesso e Acolhimento; Doenças Prevalentes na População Masculina; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado, Promoção da Saúde e Prevenção de Violências e Acidentes, assim como na saúde mental e do trabalhador.⁽¹¹⁾

A inclusão desses eixos tem sido estruturada no panorama atual de saúde de homens no Brasil, mas que também tem se associado com a realidade apresentada em outros países, que revelam a baixa procura do público masculino aos serviços de saúde e a menor relação de vínculo com os serviços e a adesão às terapêuticas instituídas.⁽¹²⁾ Evidenciando também a grande relação com a paternidade não presente e responsável, e o discreto envolvimento masculino no crescimento e desenvolvimento de seus filhos (as), sobretudo em decorrência dos padrões socio-culturais impostos à figura masculina, maior vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS, menor nível educacional e de conhecimento em relação ao cuidado sexual, sexualidade e à reprodução.^(13,14) e, por conseguinte, maior número de adoecimento por Doenças Crônicas Não Transmissíveis,⁽¹⁵⁾ acidentes, quer sejam de trânsito e/ou de trabalho, violência, quer seja enquanto autores e vítimas, e às doenças mentais mais severas.^(5,6)

Em face a esse panorama atual da situação de saúde de homens, urge a necessidade da ampliação do avanço na produção do cuidado, em especial no desenvolvimento das práticas profissionais e da formação em saúde.^(16,17) Ressalta-se a relevância da construção de metodologias ativas destinadas à construir um movimento contra hegemônico de pensar as práticas profissionais em saúde, a partir da potencialização de trocas de aprendizados.⁽¹⁸⁾ Este novo modo de produzir deve assumir como objetivo, melhorar os processos de trabalho, fortalecer a capacitação das equipes, garantir o desenvolvimento e expansão de conhecimento e tecnologias específicas e direcionais, que sejam capazes de conferir apoio ao cuidado ao público masculino.

Neste sentido, a construção de Tecnologias Sociais, tem sua intencionalidade política nas ações humanas, e por esta razão, inclui socialmente os sujeitos, possibilitando a geração de um produto, podendo ser por ele apropriado e submetido à decisão pelo coletivo.⁽⁹⁾ Sendo assim, a Tecnologia Social apresenta-se como um importante mecanismo de fomento à qualidade de vida de grupos específicos, especialmente quando as ações estão intimamente direcionadas ao cotidiano de uma determinada população e conseguem responder às suas demandas e necessidades.⁽¹⁹⁾

Desse modo a Tecnologia Social, vai além da compreensão de produtos, técnicas e metodologias que podem ser

replicáveis, e/ou desenvolvidas com base na interação junto à uma comunidade, e que se configura como uma efetiva solução de transformação social. Ao contrário dessa visão, a Tecnologia Social representa o resultado de uma ação de um ator social sobre um dado processo de trabalho que o mesmo controla, e que, por meio das características socioeconômicas, de acordos sociais, dos ambientes produtivos, que este esteja inserido, seja permitida uma modificação no produto gerado, sendo este, passível de ser apropriado ao seu interesse.⁽⁹⁾

Na perspectiva de produzir uma Tecnologia Social de apoio a produção do cuidado à saúde de homens, se faz necessário que as práticas a serem desenvolvidas nos serviços de saúde, sigam norteadas pela organização dos sistemas de saúde, tal qual dos níveis de atenção e complexidade e dos modelos de gestão.⁽¹⁴⁾ Tem-se ainda, a necessidade de promover articulação intra e intersectorial das ações, a promoção do diálogo da saúde de homens como as demais políticas públicas, a serem perpassadas ao cotidiano das equipes de saúde, a partir da perspectiva biopsicossociocultural do usuário frente aos determinantes socioculturais, econômicos e de gênero existentes, produtores de influência direta ou indireta no cenário de morbimortalidade masculina.⁽²⁰⁻²³⁾ Para isto, se faz necessário profissionais de saúde, em especial de Enfermagem, que sejam promulgadores de políticas públicas de saúde, idealizadores de práticas de apoio ao cuidado masculino, reconhecendo o lugar dos homens nesse cenário.

Em íntima articulação com implicações supracitadas, chama-se ainda a atenção para a relevância do desenvolvimento de tecnologias-cuidativas educacionais que tenham como a centralidade a promoção da educação para a saúde, que considere as masculinidades e os marcadores sociais de identidade, os quais marcam a diversidade de homens possíveis e a sua relação com os comportamentos sociais em saúde.^(24,25) Além disso, conferem um importante dispositivo de promoção da saúde masculina e de um debate ampliado sobre gênero e saúde.^(26,27)

As limitações do estudo estão concentradas no emprego de recursos reduzidos na apreensão dos dados junto aos participantes envolvidos no desenvolvimento das

tecnologias, assim como da não avaliação objetiva e processual de seus possíveis resultados.

Os achados apresentados neste estudo são capazes de fornecer subsídios para o avanço no conhecimento científico e na prática de Enfermagem com o enfoque na produção do cuidado à saúde de homens. Confere possibilidades para o emprego de intervenções de Enfermagem e do desenvolvimento de tecnologias cuidativas junto ao público masculino a partir das suas demandas e necessidades. As tecnologias apresentadas são de fácil criação, o que permite que seja aplicável em contextos variados, o que contribui para o fortalecimento das ações de Enfermagem na atenção à saúde de homens, tal como no progresso da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

CONCLUSÃO

Os resultados revelaram que as estratégias para apoio à produção do cuidado de homens, pode se materializar a partir de murais temáticos educativo-informativo; cartilhas; redes sociais digitais e jogo educativo em saúde. As Tecnologias Sociais se mostraram de fácil acesso, baixo custo, factível de reprodução, interatividade, problematizante, reflexiva, com potencial gerador de apoio à produção do cuidado à saúde masculina. Acredita-se que estas possam ser replicada em contextos diversificados, quando considerada as especificidades e singularidades dos modelos de masculinidades e da produção do cuidado em saúde em diferentes realidades. Sob esta ótica, afirma-se que a Metodologia da Problematização e o Arco de Maguerez favorecem positivamente a construção de Tecnologia Social, pois permitem a compreensão de realidades e suas problemáticas, com vistas a melhoria da situação de saúde e cuidado da população masculina.

Contribuições

ARS, CCLB, MAS, IFM: Trabalhou na redação, análise, interpretação de dados e na aprovação da versão final a ser publicada. CS, AP: Trabalhou na redação e/ou revisão crítica do manuscrito. AP: Trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface*. 2007;11(23):427-38.
2. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TE, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-67.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2020 Jun 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf

4. Moreira MC, Gomes R, Ribeiro CR. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(4):e00060015.
5. Richardson, N. Building Momentum, Gaining Traction: Ireland's National Men's Health Policy - 5 years on. *New Male Stud*. 2013;2(3):93-103.
6. Melo AC, Silva GD, Garcia LP. Mortalidade de homens jovens por agressões no Brasil, 2010-2014: estudo ecológico. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(1):e00168316.
7. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, et al. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):280-96.
8. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Hilda Sobrinho S, Backes VM. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):172-7.
9. Dagnino RA. Tecnologia social e seus desafios. In: *Tecnologia Social: contribuições conceituais e metodológicas*. Campina Grande: EDUEPB; 2014; p. 19-34.
10. Macedo KD, Acosta BS, Silva EB, Souza NS, Beck CL, Silva KK. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3):e20170435.
11. Chakora ES. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Esc Anna Nery*. 2014;18(4):559-61.
12. Leone JE, Rovito MJ, Mullin EM. Development and Testing of a Conceptual Model Regarding Men's Access to Health Care. *Am J Mens Health*. 2017;11(2):262-74.
13. Kongkanand A, Permpongkosol S, Tantiwongsek K. Thai men's health and sexual attitude. *Asian J Androl*. 2011;13(4):534-6.
14. Mróz LW, Oliffe JL, Davison BJ. Masculinities and Patient Perspectives of Communication About Active Surveillance for Prostate Cancer. *Health Psychol*. 2013;32(1):83-90.
15. India State-Level Disease Burden Initiative Cvd Collaborators. The changing patterns of cardiovascular diseases and their risk factors in the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990-2016. *Lancet Glob Health*. 2018;6:e1339-51.
16. Salvatore GJ, Demetrius JP, Scott WT, Janet MH, Brandon LL. Developing the discipline and practice of comprehensive men's health. *Am J Mens Health*. 2013;7(4):342-9.
17. Thompson T, Mitchell JA, Johnson-Lawrence V, Watkins DC, Modlin CS. Self-rated health and health care access associated with african american men's health self-efficacy. *Am J Mens Health*. 2017;11(5):1385-7.
18. Gomes R, Albernaz L, Ribeiro CR, Moreira MC, Nascimento M. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1545-52.
19. Oliveira EF, Jesus VS, Siqueira SM, Alves TA, Santos IM, Camargo CL. Promovendo saúde em comunidades vulneráveis: tecnologias sociais na redução da pobreza e desenvolvimento sustentável. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):200-6.
20. Rosu MB, Oliffe JL, Kell YM. Nurse Practitioners and Men's Primary Health Care. *Am J Mens Health*. 2015;11(5):1501-11.
21. Crimmins EM, Shim H, Zhang YS, Ki Kim JK. Differences between Men and Women in Mortality and the Health Dimensions of the Morbidity Process. *Clin Chem*. 2019;65(1):135-45.
22. Elder K. Men's Health: Beyond Masculinity. *Am J Public Health*. 2016;106(7):1157.
23. O'brien AP, Hurley J, Linsley P, Moneil KA, Fletcher R, Aitken JR. Men's Preconception Health: A Primary Health-Care Viewpoint. *Am J Mens Health*. 2018;12(5):1575-81.
24. Separavicha MA, Canesqui AM. Masculinidades e cuidados de saúde nos processos de envelhecimento e saúde-doença entre homens trabalhadores de Campinas/SP, Brasil. *Saúde Soc*. 2020;(29):e180223.
25. Sousa AR, Queiroz AM, Florencio RMS, Portela PP, Fernandes JD, Pereira A. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. *Rev Baiana Enferm*. 2016;30(3):1-10.
26. Borges CC, Sousa AR, Meira IF, Salbego C, Santos AR, Lobo BH, et al. Tecnologia cuidativo-educacional para apoio aos homens no enfrentamento à pandemia do coronavírus. *Enferm Foco*. 2020;11(Esp. 2):152-9.
27. Vieira LC, Figueiredo ML, Sales RL, Lopes WM, Avelino FV. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. *Enferm Foco*. 2011;2(4):215-7.

PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO FAMILIAR PARA O PAPEL DE CUIDADOR FAMILIAR DE UM IDOSO DEPENDENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

TRANSITION PROCESS FROM THE FAMILY TO THE ROLE OF FAMILY CARE OF A DEPENDENT ELDERLY: AN INTEGRATIVE REVIEW

PROCESO DE TRANSICIÓN DE LA FAMILIA AL PAPEL DEL CUIDADO FAMILIAR DE UN DEPENDIENTE MAYOR: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Samara Gonçalves de Oliveira¹ (<https://orcid.org/0000-0002-4532-9489>)

Célia Pereira Caldas¹ (<https://orcid.org/0000-0001-6903-1778>)

Descritores

Idoso; Família; Assistência domiciliar; Cuidados de enfermagem

Descriptors

Aged; Family; Home nursing; Nursing care

Descriptores

Anciano; Família; Atención domiciliar de salud; Atención de enfermería

Recebido

27 de Março de 2020

Aceito

26 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Samara Gonçalves de Oliveira
E-mail: samarasog@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar os condicionantes, facilitadores e inibidores na transição de familiares para o papel de cuidadores familiares de um idoso dependente no domicílio e as intervenções de enfermagem necessárias para uma transição saudável.

Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System onLine* (MEDLINE) via PubMed, *Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) no mês de janeiro e fevereiro de 2020.

Resultados: Após a avaliação, 23 artigos foram selecionados por atenderem a questão de pesquisa e 374 excluídos. Os resultados da pesquisa, foram organizados em três categorias: "condicionantes inibidores da transição saudável ao tornar-se cuidador de um idoso dependente"; "condicionantes facilitadores da transição saudável ao tornar-se cuidador de um idoso dependente" e; "intervenções terapêuticas de enfermagem para uma transição saudável".

Conclusão: O processo de transição de um familiar para o papel de cuidador familiar de um idoso dependente é extremamente complexo. Requer suporte estruturado, para que o período de instabilidade não perdure. Com as intervenções terapêuticas de enfermagem é possível para o familiar, alcançar a maestria da transição e a estabilidade.

ABSTRACT

Objective: To identify the conditioning factors, facilitators and inhibitors in the transition of family members to the role of family caregivers of a dependent elderly person at home and the nursing interventions necessary for a healthy transition.

Methods: It is an integrative literature review carried out in the Medical Literature Analysis and Retrieval System onLine (MEDLINE) databases via PubMed, Latin American and Caribbean in Health Sciences (LILACS) and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) in January and February 2020.

Results: After the evaluation, 23 articles were selected because they answered the research question and 374 were excluded. The research results were organized into three categories: "conditions that inhibit the healthy transition when becoming a caregiver for a dependent elderly"; "conditions that facilitate the healthy transition when becoming a caregiver for a dependent elderly" and; "Therapeutic nursing interventions for a healthy transition".

Conclusion: The transition process of a family member to the role of family caregiver for a dependent elderly person is extremely complex. It requires structured support, so that the period of instability does not last. With therapeutic nursing interventions, it is possible for the family member to achieve mastery of the transition and stability.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores condicionantes, facilitadores e inhibidores en la transición de los miembros de la familia al papel de cuidadores familiares de una persona mayor dependiente en el hogar y las intervenciones de enfermería necesarias para una transición saludable.

Métodos: Es una revisión integradora de literatura realizada en las bases de datos del Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en Línea (MEDLINE) a través de PubMed, América Latina y el Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y el índice acumulativo de enfermería y salud aliada Literatura (CINAHL) en enero y febrero de 2020.

Resultados: Después de la evaluación, se seleccionaron 23 artículos porque respondieron a la pregunta de investigación y se excluyeron 374. Los resultados de la investigación se organizaron en tres categorías: "condiciones que inhiben la transición saludable al convertirse en cuidador de un anciano dependiente"; "condiciones que facilitan la transición saludable al convertirse en cuidador de un anciano dependiente" y; "Intervenciones de enfermería terapéutica para una transición saludable".

Conclusión: El proceso de transición de un miembro de la familia al rol de cuidador familiar de una persona mayor dependiente es extremadamente complejo. Requiere soporte estructurado, de modo que el período de inestabilidad no dure. Con las intervenciones terapéuticas de enfermería, es posible que el miembro de la familia logre el dominio de la transición y la estabilidad.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Como citar:

Oliveira SG, Caldas CP. Processo de transição do familiar para o papel de cuidador familiar de um idoso dependente: uma revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2021;12(3):608-14.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3364

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que envolve mudanças significativas na conformação da sociedade.⁽¹⁾ O aumento da população idosa brasileira tem gerado desafios à sociedade, em termos econômicos, previdenciários, de infraestrutura urbana e de serviços.⁽²⁾

Segundo dados do IBGE, a partir do século XIX houve um aumento na expectativa de vida dos brasileiros ao longo dos anos. Em 1940, um indivíduo ao completar 50 anos tinha uma expectativa de vida de 19,1 anos, vivendo em média 69,1 anos. Já através da tábua de mortalidade projetada para o ano de 2016 no Brasil, observou-se uma expectativa de vida de 75,8 anos para o total da população.⁽³⁾

No Brasil, a construção do perfil de morbidade e mortalidade tem sofrido alterações ao longo dos anos e os processos de transição demográfica e epidemiológica tem resultado no aumento da população idosa e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.⁽⁴⁾

O envelhecimento populacional é complexo e envolve a cronicidade dos problemas de saúde e a longevidade da população, levando ao aumento de idosos com limitações o que por vezes, implica a necessidade e dependência de um cuidador.⁽⁵⁾

Quando a prestação de cuidado é assumida por familiares, há uma transição de papéis no que tange aos cuidados, pois o idoso que antes era independente e quem cuidava, agora carece de assistência e torna-se dependente de cuidados.⁽⁶⁾ A reorganização da família para cuidar de um idoso dependente no domicílio tem gerado uma multiplicidade de desafios e responsabilidades para o cuidador familiar devido a mudanças na estrutura e contexto familiar, que influenciam diretamente e geram impactos para suas necessidades em saúde.

A transição do familiar para o papel de cuidador de um idoso dependente é vista na Teoria das Transições de Afaf Meleis como uma transição situacional por ser um processo complexo que envolve inúmeras variáveis.⁽⁷⁾

A Teoria das Transições de Meleis apresenta quatro conceitos fundamentais, que envolvem: natureza (tipo, padrões e propriedades da transição), condicionantes da transição (facilitadores ou inibidores do processo e relacionados à pessoa, à comunidade e à sociedade), padrões de resposta (indicadores de processo e resultado da transição, direcionadores da terapêutica de Enfermagem) e intervenções terapêuticas de Enfermagem.⁽⁸⁾

O objetivo do estudo é identificar os condicionantes facilitadores e inibidores na transição de familiares para o papel de cuidadores familiares de um idoso dependente no domicílio e as intervenções de enfermagem necessárias para uma transição saudável.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa,⁽⁹⁾ pois através dela é possível integrar as evidências dos estudos selecionados, contribuindo para reflexões e discussões quanto ao cuidado em saúde e a prática de enfermagem adequados através do embasamento científico.

Para a seleção dos estudos percorreu-se as seis etapas do método: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão do estudo; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.⁽⁹⁾

A pergunta que direcionou a busca na literatura foi: quais os condicionantes facilitadores e inibidores na transição de familiares para o papel de cuidadores familiares de um idoso dependente no domicílio e as intervenções de enfermagem necessárias para uma transição saudável?

A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2020 nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System onLine* (MEDLINE) via PubMed, *Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e CINAHL. Para a estratégia de busca foi considerado o operador booleano And, o recorte temporal 2015-2019, os idiomas português, inglês e espanhol e os descritores: "aged", "family" e "Home Nursing".

Os critérios de inclusão do estudo foram: artigos na íntegra que respondessem à questão norteadora do estudo. Como critério de exclusão, foram desconsiderados os artigos que não atendiam ao objetivo proposto, revisões, dissertações, artigos de reflexão, editoriais ou resumos de eventos e relatos de caso.

Para a composição da amostra foram considerados apenas os artigos completos, publicado nos últimos cinco anos nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram avaliados, portanto, 397 trabalhos científicos, sendo 101 MEDLINE, 182 CINAHL e 114 LILACS, a fim de verificar se preenchiam aos critérios de inclusão do estudo.

Os estudos foram selecionados a partir da análise inicial dos títulos e resumos. Quando a leitura dos mesmos não era suficiente, realizou-se a leitura dos artigos na íntegra. Após a avaliação dos trabalhos científicos, 23 artigos foram selecionados por atenderem a questão de pesquisa e 374 excluídos. O fluxograma do processo de seleção dos artigos encontra-se na figura 1.

A partir da seleção dos estudos realizou-se a identificação do nível de evidência considerando I revisões sistemáticas e metanálise de ensaios clínicos randomizados;

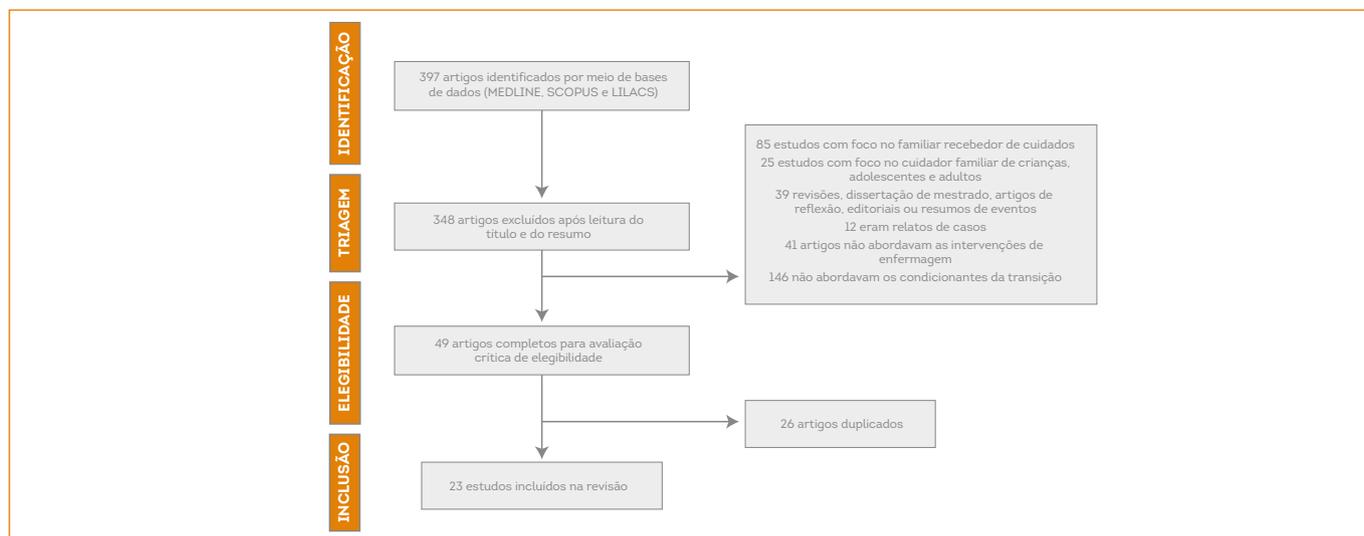


Figura 1. Fluxograma da localização e seleção dos artigos nas bases de dados

II ensaios clínicos randomizados; III ensaio controlado não randomizado; IV estudos caso-controle ou coorte; V revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; VI estudos qualitativos ou descritivos e VII parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.⁽¹⁰⁾

A partir da identificação do nível de evidência, construiu-se um quadro demonstrativo com informações que envolveram: Título, Autores, periódico, ano de publicação e nível de evidência. Através da leitura exaustiva dos estudos selecionados, as informações foram organizadas de acordo com as temáticas emergentes dos mesmos e dispostas em três categorias.

Quanto os aspectos éticos, os autores dos artigos analisados foram devidamente referenciados no presente estudo, assegurando a autoria dos artigos pesquisados, por meio de citação e referência dos autores.

RESULTADOS

Ao total, foram selecionados vinte e três artigos sendo quatro artigos publicados no ano de 2019, cinco no ano de 2018, seis artigos no ano de 2017, cinco artigos no ano de 2016 três artigos no ano de 2015. Observa-se que doze artigos são provenientes de periódicos internacionais e onze de periódicos nacionais (Quadro 2).

Quadro 2. Síntese dos artigos selecionados nas bases de dados

	Título	Autores	Periódico/ Ano de Publicação	Nível de evidência
1	Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos ⁽¹¹⁾	Mendes, PN, Figueiredo, MLF, Santos AMR, Fernandes MAF, Baros RS	Acta Paul. Enferm. (Online) 2019	VI
2	Levels of Satisfaction, Workload Stress and Support Amongst Informal Caregivers of Patients Receiving or Not Receiving Long-Term Home Nursing Care in Poland: A Cross-Sectional Study ⁽¹²⁾	Stojak Z, Jamiolkowski J, Chlabicz S, Marcinowicz L	Int J Environ Res Public Health, 2019	VI
3	Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional ⁽¹³⁾	Couto, AM, Caldas, CP, Castro EAB.	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online), 2019	VI
4	Situações vivenciadas por cuidadores familiares de idosos na atenção domiciliar ⁽¹⁴⁾	Silva MS, Beuter M, Benetti ERR, Bruinsma JL, Donati L, Girardon-Perlini NMO	Rev. Enferm. UFSM, 2019	VI
5	Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study ⁽¹⁵⁾	Nunes DP, Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML.	Rev. Bras Epidemiol, 2018	VI
6	Family caregiver of older adults and Cultural Care in Nursing care ⁽¹⁶⁾	Couto AM, Caldas CP, Castro EAB	Rev. Bras. Enferm., 2018	VI
7	Burden and Strain among Familial Caregivers of Patients with Dementia in China ⁽¹⁷⁾	Zhang M, Chang YP, Liu YJ, Gao L, Porock D	Issues Ment Health Nurs., 2018	VI
8	Caregiving to Older Adults: Determinants of Informal Caregivers' Subjective Well-being and Formal and Informal Support as Alleviating Conditions ⁽¹⁸⁾	Verbakel E, Metzethin SF, Kempen GJMJ.	J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci., 2018	VI
9	Older Brazilian caregivers and their lived experiences of caring-A hermeneutic phenomenological study ⁽¹⁹⁾	Pedreira LC, Maria Cabral Ferreira A, Tadeu Reis Silva G, Maria de Oliveira Silva R, Marques Freitas C	J. Clin Nurs., 2018	VI
10	Balancing competing needs mediates the association of caregiving demand with caregiver role strain and depressive symptoms of dementia caregivers: A cross-sectional study ⁽²⁰⁾	Liu HY, Yang CT, Wang YN, Hsu WC, Huang TH, Lin YE, Liu CY, Shyu YL	Journal of Advanced Nursing, 2017	VI
11	Autocuidado e vivências do envelhecer de cuidadores familiares de idosos: contribuições para enfermagem gerontológica ⁽²¹⁾	Nicolato FV, Santos CM, Castro EABC	Rev. Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva, 2017	VI
12	Characteristics Of The Elderly And Their Family Caregivers ⁽²²⁾	Anjos KF, Boery RNSO, Santos VC, Boery EN, Rosa DOS	Revista de Enfermagem UFPE, 2017	VI

Continua...

Continuação.

	Título	Autores	Periódico/ Ano de Publicação	Nível de evidência
13	The Experience of Transitioning to a Caregiving Role for a Family Member with Alzheimer's Disease or Related Dementia ⁽²³⁾	Czekanski K	AJN American Journal of Nursing, 2017	VI
14	Caring for a centenarian parent: an exploratory study on role strains and psychological distress ⁽²⁴⁾	Brandão D, Ribeiro O, Oliveira M, Paúl C.	Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2017	VI
15	A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal ⁽²⁵⁾	Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS	Rev. Bras. Enferm., 2017	VI
16	Influence of Gender and Care Strategy in Family Caregivers' Strain: A Cross-Sectional Study ⁽²⁶⁾	Casado-Mejia R, Ruiz-Arias E.	J. Nurs. Scholarsh, 2016	VI
17	Intervenções de enfermagem para reduzir a sobrecarga em cuidadores: um estudo piloto ⁽²⁷⁾	Martinez RTS, Rosa Tulia; Cardona EMM, Gómez-Ortega, OR	Revista CUIDARTE, 2016	VI
18	Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar ⁽²⁸⁾	Couto AM, Castro EAB, Caldas CP	Rev. RENE, 2016	VI
19	Multidimensional Caregiving Burden of Female Family Caregivers in Korea ⁽²⁹⁾	Lim YM, Ahn YH, Ahn JY.	Clin Nurs Res., 2016	VI
20	Beyond Strain: Personal Strengths and Mental Health of Mexican and Argentinean Dementia Caregivers ⁽³⁰⁾	Sutter MI, Perrin PB, Peralta SV, Stolfi ME, Morelli E, Peña Obeso LA, Arango-Lasprilla JC	J Transcult Nurs., 2016	VI
21	A resignificação da vivência do cuidador familiar do idoso com alzheimer a partir do cuidar ⁽³¹⁾	Ferreira DPC, Aguiar VS, Meneses RMV	Revista de Enfermagem UFPE, 2015	VI
22	Caring for Aging Parents: The Influence of Family Coping, Spirituality/Religiosity, and Hope on the Marital Satisfaction of Family Caregivers ⁽³²⁾	Jennie S, Nalbone DP, Wetchler JL, Edwards AB	American Journal of Family Therapy 2015	VI
23	The burden among family caregivers of elderly cancer patients: prospective study in a Moroccan population ⁽³³⁾	Lkhoyaali S, El Haj MA, El Omrani F, Layachi M, Ismaili N, Mrabti H, Errihani, H	BMC Research Notes, 2015	VI

DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa, foram organizados em três categorias: "condicionantes inibidores da transição saudável ao tornar-se cuidador de um idoso dependente", "condicionantes facilitadores da transição saudável ao tornar-se cuidador de um idoso dependente" e "intervenções terapêuticas de enfermagem para uma transição saudável".

Condicionantes inibidores da transição saudável ao tornar-se cuidador de um idoso dependente

As famílias que apresentam um idoso dependente em seu domicílio, se deparam com desafios gerados pelo processo de transição, quando passam a exercer o cuidado deste idoso que necessita e depende de cuidados constantes. Quando existem condicionantes inibidores no enfrentamento dessa transição que potencializam a manifestação do sofrimento psíquico e físico, trazendo prejuízos substanciais a estes indivíduos torna-se importante o reconhecimento dos mesmos, para uma melhor abordagem e este familiar para que o mesmo alcance uma transição saudável através de uma reestruturação de uma nova identidade, domínio de novas habilidades e alteração dos próprios comportamentos.⁽³⁵⁾

Esta categoria apresenta os condicionantes inibidores para uma transição saudável ao tornar-se cuidador de um idoso dependente sendo composta por 17 estudos.^(13-22, 24, 27-29,31-33)

O primeiro condicionante inibidor identificado é a falta de conhecimento e despreparo em relação ao cuidado do idoso. Por não saber como proceder diante das necessidades do seu familiar idoso, familiares apresentam dificuldades de adaptação, se desgastam emocionalmente e se sentem sobrecarregados.^(13,14,16)

O segundo condicionante observado é o déficit de suporte dos serviços de saúde aos cuidadores para que os mesmos realizem mudanças em sua rotina e também na preparação dos familiares para a prestação de cuidados.^(15,19,22,28)

O terceiro condicionante identificado é a falta de equilíbrio entre a demanda assistencial ao idoso dependente e o cuidado de si, contribuindo para uma sobrecarga física.^(17,18,20,21)

Essa falta de equilíbrio combinada a outros condicionantes inibidores, leva ao quarto condicionante inibidor: a falta de tempo para si.^(11,15,19,21,27,28,31) Observa-se que os cuidadores ficam sem tempo para o desenvolvimento de atividades sociais e culturais^(16,28) e negligenciam o cuidado com a própria saúde.⁽²⁸⁾

Evidencia-se o quinto condicionante inibidor: a fragilidade de suporte familiar. Nota-se uma fragilidade na divisão de tarefas no domicílio e na rotina de revezamento nos cuidados entre os familiares.^(15,16,21,22,25,27,28,33)

O sexto e sétimo condicionante inibidor identificados são a baixa renda^(17,24,27) e baixa escolaridade.⁽¹⁷⁾ Observa-se uma reestruturação econômica da família, para enfrentar as despesas de prestação de cuidados^(16,17,22,24) e frequentemente a redução da renda do cuidador, influenciada por este afastar-se de alguma atividade remunerada.^(11,15,16)

Quando o cuidador familiar também é idoso, observa-se uma sobrecarga adicional, devido a sua reserva funcional poder estar comprometida e pela renda familiar geralmente ser baixa para a suprir as demandas em saúde de ambos, pois geralmente os mesmos estão aposentados.^(15,17,18,24)

O oitavo condicionante é a desigualdade relacionada a gênero.⁽²⁷⁾ As mulheres são mais exigidas, pois geralmente os cuidadores são mulheres adultas, cônjuges e filhas que

acumulam responsabilidades com a casa, família, o cuidado do idoso e o cuidado de si.^(15,17,26)

O nono condicionante inibidor é o sofrimento psicológico relacionados a prestação de cuidado também demonstra ser um condicionante inibidor para uma transição saudável como estresse,^(15,24) angústia, tristeza, culpa, remorso, irritabilidade, nervosismo,^(13,33) ansiedade, depressão^(13,24,33) e insatisfação com a trajetória de suas vidas e casamentos devido a mudança, adiamento de planos e sonhos pessoais⁽³²⁾ contribuindo para o desenvolvimento de distúrbios do sono^(16,28,33) e perda de apetite.⁽³³⁾

O décimo condicionante inibidor é a baixa autoeficácia para mudanças na resposta emocional e no comportamento de impacto.⁽²⁹⁾

A existência de diversos condicionantes inibidores para um processo transicional saudável ao tornar-se cuidador, demonstra como se faz importante que os cuidadores recebam apoios externos para auxiliá-lo a conciliar o cuidado dispensado ao familiar dependente com as medidas necessárias para a manutenção de sua própria condição de saúde e bem-estar.^(13,28)

Condicionantes facilitadores da transição saudável ao tornar-se cuidador de um idoso dependente

Condicionantes facilitadores, contribuem para um processo transicional saudável. Tais condicionantes funcionam como estratégias de enfrentamento e envolvem ações e habilidades das famílias para minimizar a sobrecarga dos cuidadores. O cuidado transicional valoriza a pessoa, por considerá-la protagonista da ação do cuidado.⁽³³⁾ Esta categoria apresenta os condicionantes facilitadores para uma transição saudável ao tornar-se cuidador de um idoso dependente sendo composta por 9 estudos.^(14,16,18,19,23,27,28,31,32)

O primeiro condicionante facilitador evidenciado é a reorganização da dinâmica familiar para compartilhamento de cuidados entre os familiares⁽¹⁶⁾ que permite ao cuidador principal alternar noites de cuidados com outros membros, para que consiga restabelecer suas necessidades de descanso e repouso.^(27,28)

O segundo condicionante facilitador identificado é a resiliência familiar. Famílias resilientes que apresentam capacidade de gerenciamento e competência social⁽³⁰⁾ para reformular estressores tendem a empregar estratégias de enfrentamento que as ajudam a se adaptar aos desafios da vida, apesar das adversidades.^(19,32)

O terceiro condicionante facilitador observado, visto como essencial para preservar seu próprio bem-estar é que os cuidadores, tirem um tempo ou afastem-se dos

recebedores de cuidados, para que não esgotem seus próprios recursos físicos e emocionais.⁽²³⁾

O quarto e quinto condicionantes facilitadores são as atitudes e habilidades sociais que auxiliam na minimização de sobrecarga e tensão do cuidador. Dentre tais atitudes e habilidades identificam-se o amor, paciência, dedicação, compreensão, abdicção,^(31,32) otimismo e compreensibilidade⁽³⁰⁾ afetividade, solidariedade, gratificação,⁽¹⁶⁾ a valorização de seus atos e interação harmoniosa entre familiar cuidador e o idoso.^(16,19)

O sexto condicionante facilitador evidenciado é a espiritualidade/religiosidade, fé e esperança. Crenças e práticas espirituais significativas podem fortalecer as famílias e prepará-las para os desafios que possam encontrar no futuro através da esperança de milagres, apoio de Deus e dos membros da congregação. Pela fé em Deus, os cuidadores demonstram alcançar força, esperança e paciência para o enfrentamento das dificuldades.^(31,32)

O sétimo condicionante facilitador é a inserção de cuidadores em grupos de apoio. Nos grupos eles têm a oportunidade de compartilhar estratégias de fontes como leitura, profissionais de saúde e tentativa e erro que implementam para gerenciar os cuidados de seus entes queridos.^(23,31)

Outros condicionantes facilitadores observados são a experiência prévia com o processo de cuidar,⁽¹⁶⁾ o apoio formal domiciliar formal^(14,18) e informal através de familiares e amigos, por contribuir com a redução de gastos⁽¹⁶⁾ e das horas gastas na prestação de cuidados, além de aumentar os sentimentos de bem-estar dos cuidadores.⁽¹⁸⁾

Intervenções terapêuticas de enfermagem para uma transição saudável

O referencial Teórico de Afaf Meleis apresenta-se como um modelo para a prática de enfermagem, auxiliando os profissionais a implementar terapêuticas de enfermagem direcionadas as necessidades em saúde dos cuidadores, ajudando na identificação de barreiras e facilitadores da transição.⁽³⁵⁾ Nesta categoria encontram-se as intervenções terapêuticas de enfermagem para uma transição saudável ao tornar-se cuidador de um idoso dependente sendo composta por 9 estudos.^(12,14,16,19,21,22,27,30,34)

As duas primeiras intervenções observadas envolvem o apoio e capacitação dos cuidadores para assumirem as responsabilidades com segurança e sem prejuízos a sua saúde.⁽²²⁾

Tais intervenções podem ser realizadas através de grupos educativos, visitas domiciliares,^(12,16,21) especialmente de enfermagem domiciliar a longo prazo⁽¹²⁾ e da consulta de enfermagem seja em nível de atenção primário ou secundário.^(16,21)

A terceira intervenção observada envolve o planejamento de ações em saúde junto a família, que contribui para o estabelecimento de uma boa dinâmica intrafamiliar.⁽²¹⁾ Para isso, considerar os diferentes contextos socioculturais e a conformação familiar dos cuidadores familiares se torna necessário e facilita a identificação das singularidades e experiências pessoais dos cuidadores.⁽¹⁴⁾

A quarta intervenção evidenciada é a reestruturação do cuidado como uma “tarefa familiar”, que se destaca como fundamental nesse processo,⁽³⁰⁾ através da valorização do conhecimento e verificação das limitações dos cuidadores, contribuindo assim para minimização de sobrecarga e de outros eventos adversos.⁽¹⁹⁾

A quinta intervenção é o auxílio aos familiares no reestabelecimento do equilíbrio psicossocial,⁽¹⁶⁾ a partir da construção de rede de suporte social,^(36,37) estímulo ao início ou aumento na frequência de busca da religiosidade/ espiritualidade, prestação de orientações de técnicas de relaxamento, comunicação, gerenciamento de conflitos intrafamiliares e tomada de decisão.⁽²⁷⁾

Diante da Teoria das transições, observa-se que a mesma orienta o enfermeiro a descrever necessidades dos cuidadores no processo transicional, por meio de uma visão ampla, com promoção da saúde e prevenção de agravos, ao considerar os condicionantes facilitadores e inibidores no processo de transição.⁽³⁴⁾

Observou-se a escassez de dados mais detalhados e aprofundados sobre intervenções terapêuticas de enfermagem para uma transição saudável do familiar para o papel de cuidador familiar de um idoso dependente com embasamento na Teoria de Afaf Meleis.

As evidências do estudo promovem o vínculo entre a Teoria de Afaf Meleis e a atuação do enfermeiro. Assim,

poderão contribuir de forma significativa para nortear enfermeiros na condução da assistência qualificada para o cuidado transicional do familiar ao se tornar cuidador de um idoso dependente.

CONCLUSÃO

A partir da discussão dos artigos selecionados na presente revisão, observa-se que o processo de transição de um familiar para o papel de cuidador familiar de um idoso dependente é extremamente complexo e requer um suporte estruturado, para que essa transição seja vivenciada da melhor forma possível e que o período de instabilidade não perdure por muito tempo. Dessa forma é possível que o familiar possa adquirir maestria da transição e alcançar uma nova estabilidade. As demandas socioeconômicas, psicológicas, nutricionais, físicas e estruturais dessas famílias precisam ser consideradas, para que seja desenvolvido um projeto terapêutico singular, que acarrete padrões de vida mais saudáveis, melhora do enfrentamento e das habilidades dos familiares nesse processo de transição. Identificar e atender às necessidades em saúde dos cuidadores familiares a partir de condicionantes inibidores e facilitadores no processo de transição saudável pode minimizar problemas frequentes como ansiedade, sofrimento psicológico e sobrecarga do cuidado, auxiliando na administração do tempo por parte desses cuidadores, contribuindo para reduzir o isolamento social e permitindo que outros familiares se envolvam melhor em seus próprios cuidados e nos cuidados a este idoso. O planejamento e intervenções apropriadas de forma oportuna para esses cuidadores exercem impactos positivos no processo de reorganização da família e diminuição da sobrecarga e podem contribuir para uma melhoria na prestação de cuidados a esse idoso.

REFERÊNCIAS

1. Santos VP, Lima WR, Rosa RS, Barros IM, Boery RN, Ciosak SI. Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. *Rev Cuid.* 2018;9(3):2322-37.
2. Damaceno MJ, Chireli MQ. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(5):1637-46.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua de mortalidade [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2017 [cited 2020 Jan 13]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2016/tabua_de_mortalidade_2016_analise.pdf
4. Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale JS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Cient FAEMA.* 2015;6(1):99-108.
5. Santos-Orlandi AA, Brito TR, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão AC, et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Esc Anna Nery.* 2017;21(1):e20170013.
6. Araújo LF, Castro JL, Santos JV. A família e sua relação com o idoso: um estudo de representações sociais. *Psicol Pesqui.* 2018;12(2):14-23.
7. Angelo M, Fernandes CS. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(4):675-82.
8. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM, Heck RM, Barros EJ, Gomes VL. Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):82-8.
9. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CL. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Rev Min Enferm.* 2014;18(1):9-11.

10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. China: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
11. Mendes PN, Figueiredo ML, Santos AM, Fernandes MA, Baros RS. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(1):87-94.
12. Stojak Z, Jamiolkowski J, Chlabicz S, Marciniowicz L. Levels of Satisfaction, Workload Stress and Support Amongst Informal Caregivers of Patients Receiving or Not Receiving Long-Term Home Nursing Care in Poland: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(7):1189.
13. Couto AM, Caldas CP, Castro EA. Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional. *J Res Fundam Care.* 2019;11(4):944-50.
14. Silva MS, Beuter M, Benetti ER, Bruinsma JL, Donati L, Girardon-Perlini NM. Situações vivenciadas por cuidadores familiares de idosos na atenção domiciliar. *Rev Enferm UFSM.* 2019;9(10):1-21.
15. Nunes DP, Brito TR, Duarte YA, Lebrão ML. Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(Supl. 2):1-14.
16. Couto AM, Caldas CP, Castro EA. Family caregiver of older adults and Cultural Care in Nursing care. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):959-66.
17. Zhang M, Chang YP, Liu YJ, Gao L, Porock D. Burden and Strain among Familial Caregivers of Patients with Dementia in China. *Issues Ment Health Nurs.* 2018;39(5):427-32.
18. Verbakel E, Metzeltin SF, Kempen GI. Caregiving to Older Adults: Determinants of Informal Caregivers' Subjective Well-being and Formal and Informal Support as Alleviating Conditions. *J Gerontol B Psychol Soc Sci.* 2018;73(6):1099-111.
19. Pedreira LC, Ferreira AM, Silva GT, Silva RM, Freitas CM. Older Brazilian caregivers and their lived experiences of caring-A hermeneutic phenomenological study. *J Clin Nurs.* 2018;27(17):3314-23.
20. Liu HY, Yang CT, Wang YN, Hsu WC, Huang TH, Lin YE, et al. Balancing competing needs mediates the association of caregiving demand with caregiver role strain and depressive symptoms of dementia caregivers: A cross-sectional study. *J Adv Nurs.* 2017;73(12):2962-72.
21. Nicolato FV, Santos CM, Castro EA. Autocuidado e vivências do envelhecer de cuidadores familiares de idosos: contribuições para enfermagem gerontológica. *Tempus.* 2017;11(1):169-86.
22. Anjos KF, Boery RN, Santos VC, Boery EN, Rosa DO. Characteristics of the elderly and their family caregivers. *Rev Enferm UFPE online.* 2017;11(3):1146-55.
23. Czekański K. The Experience of Transitioning to a Caregiving Role for a Family Member with Alzheimer's Disease or Related Dementia. *Am J Nurs.* 2017;117(9):24-32.
24. Brandão D, Ribeiro O, Oliveira M, Paúl C. Caring for a centenarian parent: an exploratory study on role strains and psychological distress. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(4):984-94.
25. Leite BS, Camacho AC, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Oueiroz RS. A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):714-20.
26. Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E. Influence of Gender and Care Strategy in Family Caregivers' Strain: A Cross-Sectional Study. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(6):587-97.
27. Martínez RT, Tulia R, Cardona EM, Gómez-Ortega OR. Intervenções de enfermagem para reduzir a sobrecarga em cuidadores: um estudo piloto. *Rev Cuid.* 2016;7(1):1171-84.
28. Couto AM, Castro EA, Caldas CP. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. *Rev Rene.* 2016;17(1):76-85.
29. Lim YM, Ahn YH, Ahn JY. Multidimensional Caregiving Burden of Female Family Caregivers in Korea. *Clin Nurs Res.* 2016;25(6):665-82.
30. Sutter ML, Perrin PB, Peralta SV, Stolfi ME, Morelli E, Peña Obeso LA, Arango-Lasprilla JC. Beyond Strain: Personal Strengths and Mental Health of Mexican and Argentinean Dementia Caregivers. *J Transcult Nurs.* 2016;27(4):376-84.
31. Ferreira DP, Aguiar VS, Meneses RM. A resignificação da vivência do cuidador familiar do idoso com alzheimer a partir do cuidar. *Rev Enferm UFPE online.* 2015;9(Supl. 8):9352-8.
32. Jennie S, Nalbone DP, Wetchler JL, Edwards AB. Caring for Aging Parents: The Influence of Family Coping, Spirituality/Religiosity, and Hope on the Marital Satisfaction of Family Caregivers. *Am J Fam Ther.* 2015;43(3):238-50.
33. Lkhoyaali S, El Haj MA, El Omrani F, Layachi M, Ismaili N, Mrabti H, et al. The burden among family caregivers of elderly cancer patients: prospective study in a Moroccan population. *BMC Res Notes.* 2015;8(1):1-4.
34. Lima CF, Santos JL, Magalhães AL, Caldas CP, Erdmann AL, Santos I. Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2016;24(5):1-5.
35. Silva R, Carvalho A, Rebelo L, Pinho N, Barbosa L, Araújo T, et al. Contributos do referencial Teórico de Afaf Meleis para enfermagem de reabilitação. *Rev Inv Enferm.* 2019;2(26):35-44.
36. Reis RD, Dias EM, Batista MA, Silva JV. Cuidar de idosos com doença de parkinson: sentimentos vivenciados pelo cuidador familiar. *Enferm Foco.* 2019;10(5):155-60.
37. Cardoso AC, Noguez PT, Oliveira SG, Porto AR, Perboni JR, Farias TA. Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. *Enferm Foco.* 2019;10(3):34-9.

CUIDADOS PALIATIVOS NA CRIANÇA CARDIOPATA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

PALLIATIVE CARE IN CHILDREN WITH HEART DISEASE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ATENCIÓN PALIATIVA EN NIÑOS CON ENFERMEDADES DEL CORAZÓN: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Adriana Ferreira Espindola Araujo¹

Amanda Silva de Macêdo Bezerra²

Evelise Helena Fadini Reis Brunori²

Sérgio Henrique Simonetti¹

(<https://orcid.org/0000-0001-6640-1606>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1584-847X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1396-9393>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7840-8004>)

Descritores

Criança; Cuidados paliativos;
Enfermagem; Cardiologia;
Cardiopatía congênita

Descriptors

Child; Palliative care; Nursing;
Cardiology; Heart disease

Descritores

Niño; Cuidados paliativos;
Enfermería; Cardiología;
Enfermedad cardíaca congénita

Recebido

9 de Abril de 2020

Aceito

24 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

este estudo científico foi elaborado para obtenção do Título de Enfermeiro Especialista Cardiovascular no ano de 2020 do Programa de Residência em Enfermagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Autor correspondente

Adriana Ferreira Espindola Araujo
E-mail: adriana-espindola@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar produções científicas sobre os cuidados paliativos com crianças cardiopatas hospitalizadas.

Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa para a identificação de produções científicas nacionais e internacionais sobre cuidados paliativos com crianças cardiopatas, realizada em 2019. Para a seleção dos artigos científicos foram utilizados os seguintes descritores: criança; cardiopatía congênita; cuidados paliativos; assistência ao paciente; enfermagem e cardiologia. Do material obtido, 67 artigos procederam-se a leitura, destacando-se oito artigos aos quais responderam ao critério de elegibilidade.

Resultados: Os cuidados paliativos iniciam no diagnóstico e continuam mesmo que o paciente receba ou não um tratamento curativo. Com a progressão da doença, há o aumento na carga de trabalho da enfermagem dos quais se estendem até o luto. A integração entre o tratamento curativo e paliativo melhora a coordenação e evita a fragmentação dos cuidados, levando o máximo possível de bem-estar físico, emocional, social e espiritual para a criança e seu familiar.

Conclusão: Apesar do aumento de publicações brasileiras em cuidados paliativos pediátricos, ainda há escassez de literatura científica sobre a assistência à criança cardiopata em cuidados paliativos.

ABSTRACT

Objective: To identify scientific productions on palliative care with hospitalized children with heart disease.

Methods: This is an integrative review for the identification of national and international scientific productions about palliative care with children with heart disease, conducted in 2019. To selection of the scientific articles the following descriptors were used: child; congenic cardiopatics; palliative care; patient care; nursing and cardiology. From the material obtained, 67 articles were read, highlighting eight articles which met the eligibility criteria.

Results: Palliative care are approached at diagnosis and continues even if the patient receives curative treatment or not, with the progression of the disease, there is an increase in palliative care assistance, from which they extend to mourning, the integration between curative and palliative treatment improves care coordination, avoids fragmentation of care, bringing as much physical, emotional, social and spiritual well-being as possible to the child and family.

Conclusion: Despite the increase in Brazilian publications on pediatric palliative care, scientific studies on child care in palliative care are still scarce considering other diseases besides cancer and reporting the importance of the entire health team for the humanization of care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar producciones científicas sobre cuidados paliativos con niños hospitalizados con enfermedades del corazón.

Métodos: Esta es una revisión integradora para la identificación de producciones científicas nacionales e internacionales sobre cuidados paliativos con niños con enfermedades cardíacas, realizada en 2019. Para la selección de los artículos científicos, se utilizaron los siguientes descriptores: niño; enfermedad cardíaca congénita; cuidados paliativos; cuidado del paciente; enfermería y cardiología. Del material obtenido, se leyeron 67 artículos, destacando ocho artículos que cumplieran con los criterios de elegibilidad.

Resultados: Los cuidados paliativos comienzan en el momento del diagnóstico y continúan incluso si el paciente recibe tratamiento curativo o no, con la progresión de la enfermedad, hay un aumento en la asistencia de cuidados paliativos, desde el cual se extienden hasta el duelo, la integración entre El tratamiento curativo y paliativo mejora la coordinación de la atención, previene la fragmentación de la atención y brinda el mayor bienestar físico, emocional, social y espiritual posible al niño y la familia.

Conclusión: A pesar del aumento en las publicaciones brasileñas sobre cuidados paliativos pediátricos, los estudios científicos sobre el cuidado infantil en cuidados paliativos aún son escasos considerando otras enfermedades además del cáncer e informando la importancia de todo el equipo de salud para la humanización de la atención.

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

²Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar:

Araujo AF, Bezerra AS, Brunori EH, Simonetti SH. Cuidados paliativos na criança cardiopata: uma revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2021;12(3):615-21.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3434

INTRODUÇÃO

No Brasil, cerca de seis milhões de crianças nascem por ano, das quais aproximadamente 45 mil são portadoras de alguma anomalia cardíaca; entretanto, a grande maioria não tem acesso a tratamento cirúrgico ou clínico, sabendo-se que 80% são portadoras de cardiopatias congênitas e necessitam ser submetido à cirurgia cardíaca até o sexto mês de vida.⁽¹⁾

As cardiopatias congênitas são anomalias que derivam de uma alteração no desenvolvimento embrionário da estrutura cardiovascular ou da incapacidade desta de se desenvolver totalmente.⁽²⁾ Foram identificadas a partir do século XVII, mediante relatos ocasionais que procuravam correlacionar os sintomas clínicos com descobertas de autópsia.⁽³⁾

A etiologia da Cardiopatia congênita é em muitos casos idiopática, no entanto, sabe-se que fatores relacionados ao período do pré-natal possui o aumento da sua incidência como: diabetes materno, o uso de drogas teratogênicas, a história familiar de Cardiopatia congênita, Rubéola e outras infecções durante a gestação.^(2,3)

Quanto à mortalidade desta condição congênita, representa de 3% a 5% das mortes no período neonatal. Estimativas relatam que aproximadamente 20% a 30% das crianças morrem no primeiro mês de vida por insuficiência cardíaca ou crises de hipóxia.⁽³⁾

As crianças cardiopatas congênitas geralmente são pacientes crônicos, que mesmo após a cirurgia corretiva, necessitam de um acompanhamento clínico pelo resto de sua vida, demonstrando a necessidade durante a internação de uma assistência diferenciada para que ela e sua família sintam-se acolhidos e seguros dentro da unidade hospitalar.⁽¹⁻⁵⁾

Diante disso, devido ao fato de que nem todas as anomalias cardíacas são corrigidas com a cirurgia, existe a necessidade de oferecer a esses pacientes pediátricos cuidados paliativos, representando um conjunto de ações que visam promover uma assistência integral, centralizada nas necessidades do paciente e sua família, realizando cuidados embasados no respeito, nas necessidades especiais e nos conhecimentos dos valores familiares, estabelecendo uma relação que proporcione conforto ao ser cuidado.⁽¹⁻⁵⁾

No contexto familiar, o adoecimento que acomete a criança faz com que a família se desestruture e também adoeça, pois percebe o risco da perda de um ente querido, além de se sentir impotente diante das necessidades do mesmo, o que na maioria dos casos é estabelecida uma relação marcada pela angústia e tristeza entre ambos.⁽¹⁻⁵⁾

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os cuidados paliativos têm como definição “medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares

que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce da doença, avaliação correta, tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”. Os cuidados paliativos vão além de cuidados no estágio terminal de uma doença e abrangem todo contexto que diz respeito ao paciente, atingindo seu âmbito familiar, biológico, psicológico e social, que trabalham de forma harmônica.⁽¹⁻⁷⁾

Com o intuito de promover os devidos cuidados paliativos, as instituições hospitalares preconizam a presença de uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Sendo o preparo destes profissionais para lidar com o processo morte-morrer fundamental para a promoção do bem-estar do paciente e familiar.⁽¹⁻⁷⁾

Explica-se especificamente, diante desta premissa, que os cuidados paliativos em pediatria, compreendem o cuidado ativo e total prestado à criança nos domínios físico, emocional, intelectual e espírito, tal como o acompanhamento do seu familiar, desde o início do diagnóstico da doença, aliviando o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, bem como oferecendo suporte familiar, durante todo processo.⁽⁶⁾

Os resultados dos cuidados paliativos vão além do controle dos sintomas e da melhora de qualidade de vida do paciente e seus familiares, pois em conjunto com o tratamento convencional tem um efeito positivo em todo ciclo familiar.⁽¹⁻⁷⁾

Diante desta premissa, o enfermeiro é coadjuvante, é realizada a assistência individualizada do cliente em cuidados paliativos e sua família por meio de coleta de dados, da identificação de problemas, e do planejar e implementar ações de enfermagem, e também nas propostas de tomadas de decisões que envolvem a equipe multiprofissional, baseando-se em avaliações, possibilitando um plano de cuidados ao paciente paliativo promovendo higiene, conforto, alimentação, monitorização e cuidados gerais ao paciente e seus familiares.⁽⁷⁾

Assim, o enfermeiro oferece um sistema de suporte para apoiar os pacientes a viver ativamente até a morte e para ajudar os familiares a adaptarem-se durante o processo doença e após a morte do doente.^(2,7)

Neste contexto, identificou-se a necessidade de desenvolver o tema com crianças cardiopatas, frente à lacuna na literatura nacional e internacional que envolve a criança cardíaca hospitalizada em cuidados paliativos, a relação com a assistência de enfermagem específica e a repercussão causada com profissionais de saúde, na família e na sociedade despreparada para a temática escolhida. Diante

deste contexto pergunta-se: “Há produção científica que aborde os cuidados paliativos com crianças cardiopatas hospitalizadas?” Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar produções científicas sobre os cuidados paliativos com crianças cardiopatas hospitalizadas.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa realizada entre março e julho de 2019, para a identificação de produções científicas nacionais e internacionais sobre cuidados paliativos com crianças cardiopatas. Utilizou-se a revisão integrativa, uma vez que ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando a compreensão do tema a ser abordado, a partir de outros estudos científicos.⁽⁸⁾

Para a construção deste estudo, foram seguidas as seguintes etapas: 1) Seleção da pergunta de pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos e seleção da amostra; 3) Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) Análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) Interpretação dos resultados e; 6) Apresentação de forma clara o conteúdo encontrado.⁽⁹⁾

Para a elaboração da questão de pesquisa foi utilizada a estratégia PICO: considerou-se: População: criança cardiopata hospitalizada; Intervenção: cuidados paliativos e sua complexidade; Controle: não se aplica e Resultado: assistência à criança cardiopata em cuidados paliativos.

Portanto, a pergunta norteadora do presente estudo foi: quais as assistências de enfermagem específicas apontadas pela literatura em crianças cardiopatas em cuidados paliativos?

Para a seleção dos artigos científicos realizou-se a consulta dos descritores em Ciência da Saúde (*Decs*) e ao *Medical Subject Headings* (*Mesh*), sendo identificados e utilizados os seguintes descritores: criança; cardiopatia congênita; cuidados paliativos; assistência ao paciente; enfermagem e cardiologia. E os operadores booleanos (*AND*; *OUR* e *NOT*) para combinação dos descritores.

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi à busca ativa de estudos científicos nas bases de dados: *Medical Literature and Retrieval System on Line* (*MEDLINE*), *Literatura latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde* (*LILACS*), *Base de dados de enfermagem* (*BDEFN*), *Scientific Eletronic Library Online* (*SciELO*) e *Cochrane* e na biblioteca internacional de saúde (*PubMed*).

Dessa forma, consideraram-se as bases de dados analisadas, com descritores utilizados conforme descritos no quadro 1.

Quadro 1. Relação das Bases de Dados e descritores utilizados para busca integrativa

Base de Dados	Descritores
<i>Medical Literature and Retrieval System on Line</i> (<i>MEDLINE</i>)	Criança AND Cuidados Paliativos AND Enfermagem AND Cardiologia
<i>Literatura latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde</i> (<i>LILACS</i>)	Criança AND Cardiopatia Congênita AND Cuidados Paliativos
<i>Base de dados de enfermagem</i> (<i>BDEFN</i>)	Criança AND Cardiologia.
<i>Scientific Eletronic Library Online</i> (<i>SciELO</i>)	Criança AND Cuidados Paliativos
Cochrane	Heart Disease AND Palliative Care AND Child
PubMed	Child AND Palliative Care AND Cardiology

Considera-se que foi realizada várias combinações entre descritores citados anteriormente, de maneira a agilizar e garantir a maior abrangência possível de artigos selecionados.

Os critérios de inclusão: artigos na íntegra publicados nos idiomas português, espanhol e inglês e que abordassem uma amostra de pacientes com idade igual ou inferior a 12 anos em cuidados paliativos em doenças cardíológicas, ou seja, considerando a contemporaneidade da temática e a nomenclatura do descritor “neonato e criança” e publicados nos últimos 10 anos (Figura 1).

Procedeu-se a leitura na íntegra dos 67 artigos científicos obtidos. Assim, destacaram oito artigos que responderam ao critério de elegibilidade proposto. Após esta etapa foi realizada a confirmação dos estudos nas bases de dados por dois pesquisadores “doutores em ciências”, separadamente. A extração dos dados dos artigos foi realizada por meio de um instrumento validado que possibilitou a análise do rigor metodológico científico aplicado por *URSI* (2005), seguida da análise do delineamento de pesquisa dos estudos e nível de evidência, utilizando os conceitos propostos por *Melnyk, Fineout-Overholt*, para questões clínicas de prognósticos ou predição (Quadro 2).

Foram preservados os aspectos éticos adequados à metodologia deste estudo. Todos os autores dos artigos evidenciados foram devidamente citados, em cumprimento aos direitos autorais. Os dados apresentados são fidedignos.

RESULTADOS

Conforme os critérios de inclusão, responderam a temática proposta oito artigos, que foram publicados entre 2008 e 2018, destacando-se o ano de 2013, com a maior porcentagem de achados, sendo 37,5%, do total. Todos os estudos científicos incluídos foram publicados na língua portuguesa e em espanhol, produzidos por sua maioria por médicos. Quanto à origem, seis foram produzidos no Brasil e dois em outros países do Continente Americano.

Quanto à força de evidência dos estudos, observou-se que, 75% artigos estão classificados como nível de evidência III e 25% artigos estão classificados como IV.

Base de Dados	MEDLINE	LILACS	BDENF	SCIELO	PUBMED	COCHRANE
Descrição	Medical Literature and Retrieval System on Line	Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde	Base de dados de Enfermagem	Scientific Electronic Library Online	Free Full-text archive of biomedical and life sciences	Global independent network of researchers
Descritores	Criança AND Cuidados Paliativos AND Enfermagem AND Cardiologia.	Criança AND Cardiopatia Congênita AND Cuidados Paliativos.	Criança AND Cardiologia.	Criança AND Cuidados Paliativos.	Child AND Palliative Care AND Cardiology.	Heart Disease AND Palliative Care AND Child.
Artigos	2	4	16	42	2	1

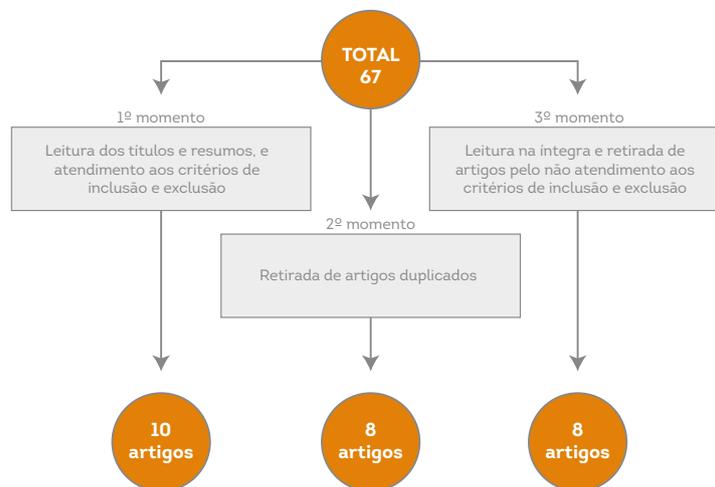


Figura 1. Descrição da seleção dos estudos

Quadro 2. Classificação de força de evidência

Nível	Força de evidência
I	Evidências de síntese de estudo de coorte ou de estudos de caso controle.
II	Evidências de um único estudo de coorte ou estudo de caso controle.
III	Evidências de metassíntese de estudos qualitativos ou de estudos descritivos.
IV	Evidências de um único estudo qualitativo ou descritivo.
V	Evidências oriundas de opinião de especialistas.

Com o objetivo de facilitar a compreensão dos resultados evidenciados, as investigações incluídas neste presente estudo foram agrupadas em categorias: título, objetivos, principais resultados e conclusão, força de evidência, periódico e bases de dados e ano do estudo, conforme demonstrado no quadro 3.

Quadro 3. Estudos selecionados de acordo com ano de publicação, periódico, objetivos, principais resultados e conclusão

Título	Objetivos	Principais Resultados e Conclusão	Força de Evidência/ Periódico/ Bases de dados/ano
Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria.	Discutir os principais dilemas e dificuldades nas decisões de final de vida de crianças com doença irreversível em fase terminal, assim como, propor uma sequência racional para a instituição de cuidados paliativos nesse grupo pediátrico.	Diálogo franco com familiares em relação ao diagnóstico, prognóstico, terapêutica e cuidados paliativos devem ser estabelecidos gradualmente, para definir a melhor estratégia que atenda às necessidades da criança em fase final de vida; tratamento centrado no bem estar da criança com pleno envolvimento da família é a base para o sucesso do tratamento paliativo em crianças em final de vida.	Nível IV Revista Brasileira de Terapia Intensiva SciELO/2011
Assistência à criança em cuidados paliativos na produção científica brasileira.	Descrever o que tem sido publicado na produção científica brasileira quanto à assistência à criança em cuidados paliativos.	Tipos de cuidado oferecido relacionados aos aspectos físicos, aos cuidados gerais e aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais (menor ênfase); Principais resultados encontrados: pouca ênfase nas necessidades das crianças, importância de incluir os familiares no cuidado prestado e falta de preparo da equipe de saúde.	Nível III Revista Paulista de Pediatria SciELO/ 2014
Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão	Revisar aspectos relevantes na abordagem paliativa: a prevalência e abordagem dos sintomas, a participação de equipe multiprofissional, a comunicação com a família, os cuidados ao final da vida e a limitação de terapêuticas invasivas.	Terapia paliativa não se encontra mais no polo oposto da terapêutica curativa; Integração dos dois modelos pode proporcionar melhor qualidade de vida para as famílias e para as crianças com doenças crônicas e ameaçadoras à vida; reconhecer e tratar efetivamente os sintomas mais prevalentes nos pacientes; participar de equipe multidisciplinar; desenvolver bom relacionamento entre a equipe, a família e os pacientes e discutir as questões relacionadas ao final da vida são alguns fundamentos básicos dos cuidados paliativos.	Nível III Revista Bioética SciELO/ 2013
Uma "boa" morte em UTI pediátrica: é isso possível?	Oferecer ao intensivista maneiras de prover para seu paciente uma morte digna e mais humana, dentro deste contexto.	Dignificar e humanizar a criança em UTIP no processo de morte morrer; quando resulta de restrição ou remoção de suporte de vida; princípios básicos de medicina paliativa e cuidados centrados na família devem ser trazidos no ambiente de hospitalização. (notadamente caracterizado como de alta tecnologia e visto pelo público como desumano).	Nível III Jornal de Pediatria SciELO/ 2003

Continua...

Continuação.

Título	Objetivos	Principais Resultados e Conclusão	Força de Evidência/ Período/ Bases de dados/ano
Considerações médicas, éticas e jurídicas sobre decisões de fim de vida em pacientes pediátricos.	Utilizar o caso do bebê Charlie Gard para discutir, de forma crítica, aspectos a serem considerados na tomada de decisão médica em pediatria, notadamente em casos de pacientes graves, portadores de doenças incuráveis e terminais.	Processo de tomada de decisões referentes a cuidado de fim de vida em pediatria e contemplar compartilhamento de responsabilidades entre equipe de saúde e pais, com a participação da criança sempre que possível; buscar o princípio do melhor interesse; evitar a judicialização de questões médicas, situação associada a desgaste e sofrimento de todas as partes envolvidas.	Nível IV Revista Bioética SciELO/ 2018.
Características de uma população de crianças hospitalizadas com condições de saúde em cuidados paliativos pediátricos: primeiros pacientes da Unidade de Cuidados Paliativos Pediátricos do Centro Hospitalar Pereira Rosell.	Descrever as principais características dos primeiros pacientes atendidos pela referida unidade.	Cuidados paliativos pediátricos são um direito da população; Necessidade de todos os profissionais de saúde que trabalham com crianças se familiarizem com os problemas apresentados e sejam treinados em sua abordagem pois é obrigação do sistema de saúde garantir esse direito.	Nível IV Revista Médica Del Uruguay SciELO/ 2011.
Morte Digna da criança: análise de conceito.	Descrever os antecedentes, atributos e consequências do conceito de morte digna da criança.	Cuidar da criança e a sua família durante a fase terminal de vida como um desafio e um privilégio; percepção que o cuidado à criança e a família durante o processo de morrer pode impactar de forma profunda na experiência da família, bem como no ajustamento dos pais à vida sem a criança.	Nível III Revista da Escola de Enfermagem da USP SciELO/ 2008.
Atresia pulmonar com septo interventricular intacto, relevância clínica do tratamento paliativo aplicado em nosso contexto.	Determinar o grau de relevância clínica existente nas modalidades terapêuticas paliativas aplicadas à doença em nosso meio.	A baixa incidência/prevalência de mortalidade precoce e a ocorrência reduzida de insuficiência respiratória como complicação letal foram documentadas quando esse procedimento híbrido foi aplicado, em comparação com o restante das modalidades terapêuticas estudadas.	Nível III Revista Cubana de Pediatria Lilacs/ 2013.

DISCUSSÃO

Os estudos selecionados sobre a temática de cuidados paliativos na criança cardiopata foram produzidos predominantemente no Brasil. Outro fator de igual relevância refere-se à pequena participação de estudos desenvolvidos por profissionais da área de enfermagem, uma vez que 75% dos estudos incluídos são resultados de pesquisas desenvolvidas por profissionais da área de medicina. Quanto ao delineamento metodológico, a maioria da amostra foi composta por estudos de revisão de literatura integrativa, que é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde. Os dados dos estudos foram agrupados em categorias por semelhanças e apresentados sequencialmente.

Categoria 1: Dificuldades nas decisões de final de vida de crianças com doença em fase terminal

Segundo a Organização Mundial de Saúde, cuidados paliativos são uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares, frente a problemas associados a doenças sem prognóstico de cura. Sua atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual.⁽⁹⁻¹¹⁾

Em relação aos cuidados paliativos pediátricos e para suas famílias, a OMS enfatiza que deve ser oferecido um cuidado ativo e com apoio aos familiares, deve ser iniciado

em conjunto com o diagnóstico da doença crônica ou congênita e incrementada a medida que o quadro clínico progride, sendo concomitante com o tratamento curativo. Deve ser realizada uma abordagem multiprofissional para avaliação e aplicação de alívio ao estresse físico, psíquico e social da criança e familiares.⁽⁹⁻¹¹⁾

A criança tem inúmeras diferenças em relação ao adulto, nos cuidados paliativos, devido apresentar necessidades específicas, grande dependência afetiva aliada a uma personalidade ainda imatura para enfrentar as consequências de uma doença grave e fatal, os mecanismos fisiológicos de compensação ainda em fase de desenvolvimento, forma diversificada de reagir a dor e ansiedade, entre outras.⁽¹²⁻¹⁵⁾

Nos achados dos estudos analisados obteve-se a identificação de relatos de familiares de pacientes pediátricos paliativos de uma UTIP, dos quais descreveram as dificuldades vivenciadas nos últimos momentos de vida do paciente, dos relatos o estudo identificou seis fatores que são fundamentais para pacientes paliativos, porém que houve falhas no contato aos familiares sendo, informações claras, completas e honestas, acesso regular e fácil a equipe médica, comunicação efetiva e clara, falta de humanização perante aos familiares, preservação da integridade da relação pais e filhos e suporte espiritual.⁽⁹⁻¹⁶⁾

Categoria 2: Assistência integrada à criança cardiopata em cuidados paliativos

Os cuidados paliativos iniciam no diagnóstico e continuam mesmo que o paciente receba ou não um tratamento curativo. Com a progressão da doença, há o aumento da assistência dos cuidados paliativos, dos quais se estendem até o luto. A

integração entre o tratamento curativo e paliativo melhora a coordenação dos cuidados, evita a fragmentação do cuidado, além de levar o máximo possível de bem estar físico, emocional, social e espiritual para a criança e sua família.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Segundo os estudos analisados os cuidados paliativos pediátricos aplicam-se em seis condições: crianças nas quais o tratamento curativo é possível, sendo em momentos de incertezas ou falhas na cura, crianças que necessitam de longos períodos de tratamento intensivo, nas quais não há prognóstico de cura, sendo o objetivo do tratamento totalmente paliativo e podendo durar anos, crianças com danos neurológicos graves e recém-nascidos com esperança de vida limitada.⁽⁹⁻¹⁶⁾

Estudo que analisou 43 crianças com atresia pulmonar em cuidados paliativos, observou-se que após procedimentos paliativos terapêuticos, a insuficiência respiratória foi atribuída a mais da metade dos óbitos dos pacientes, sendo 61,9% apresentaram insuficiência respiratória, dentre outras causas identificadas com menor índice, demonstrando a importância para a criança e os familiares do apoio da equipe multiprofissional durante cuidados paliativos.⁽¹⁶⁾

A equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, entre outros, conforme os estudos devem possuir empatia, compaixão e dedicação para trabalhar de forma integrada, cujo objetivo do cuidado seja prioritariamente aliviar o sofrimento.⁽⁹⁻¹⁶⁾

Todos os estudos analisados visam os cuidados paliativos como uma forma de morte digna a criança, com trabalho multiprofissional com ausência de intervenções para prolongar a vida, ausência de dor e desconforto físico, e sintomas de desconforto, apoio à criança e seus familiares, gerando o máximo de empatia e conforto a todos.⁽⁹⁻¹⁶⁾

Observou-se durante a pesquisa realizada a limitação de achados sobre a temática abordada, cuidados paliativos pediátricos em pacientes cardiopatas, limitando-se apenas dados gerais sem maiores especificações dentro da área específica.

Acredita-se que os resultados desse estudo possam contribuir significativamente, na assistência à criança cardiopata em cuidados paliativos, priorizando o trabalho multiprofissional da equipe de saúde envolvida e a família no contexto da humanização com qualidade e segurança da assistência.

CONCLUSÃO

A literatura contemporânea mostra que os cuidados paliativos não se encontram mais no polo oposto da terapia curativa e a integração de ambos pode proporcionar melhor qualidade de vida para as famílias e para os pacientes pediátricos. Apesar do aumento gradativo de pesquisas nacionais realizadas sobre cuidados paliativos pediátricos, ainda se nota que há escassez de estudos científicos que abordam a assistência à criança cardiopata. Sendo este cenário, estudos que abordem esta temática e que enfatizem a importância da participação da equipe de saúde multiprofissional na garantia do cuidado humanizado.

Agradecimentos

A toda equipe de enfermagem e setor do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia pelo acolhimento e o compartilhamento de seus conhecimentos com muita dedicação. Ao meu orientador que é um enfermeiro brilhante e executa sua profissão com muita dedicação e obrigada pela paciência. Por fim, a minha família que sem eles nada disso seria possível.

REFERÊNCIAS

1. Melo HC, Araújo SE, Verissimo AV, Santos VE, Alves ER, Souza MH. O ser-enfermeiro em face do cuidado à criança no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Esc Anna Nery*. 2012;16(3):473-9.
2. Teixeira TG, Xavier LE, Rosa LA, Fonseca CB, Carvalho VT. Cuidados paliativos no manejo da insuficiência cardíaca. *Rev Méd Minas Gerais*. 2015;25(3):14-7.
3. Freitas DM. Integração dos Cuidados Paliativos no Continuum da Insuficiência Cardíaca [Internet]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2009 [cited 2020 Jun 30]. Available from: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21081/2/Integracao dos Cuidados Paliativos no Continuum da Insuficiencia Cardaca.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21081/2/Integracao%20dos%20Cuidados%20Paliativos%20no%20Continuum%20da%20Insuficiencia%20Cardaca.pdf)
4. Souza P, Scatolin B, Ferreira DL, Croti U. A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. *Arq Ciênc Saude*. 2008;15(4):163-9.
5. Julião M, Barbosa A. Depressão em cuidados paliativos: prevalência e avaliação. *Acta Med Port*. 2011;24(S4):807-18.
6. Verri ER, Bitencourt NA, Oliveira JA, Santos Junior R, Marques HS, Porto MA, et al. Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos. *Rev Enferm UFPE online*. 2019;13(1):126-36.
7. Santos RJ, Sousa EP, Santos SG, Sales VP, Rodrigues GM, Costa JS, et al. O enfermeiro e os cuidados paliativos proporcionados ao idoso terminal internado em UTI. *Brazilian J Health*. 2019;2(2):477-84.
8. Soares CB, Hoga LA, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DR. Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):335-45.
9. Piva JP, Garcia PC, Lago PM. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(1):78-86.

10. Garcia-Schinzari NR, Santos FS. Assistência à criança em cuidados paliativos na produção científica Brasileira. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(1):99-106.
11. Valadares MT, Mota JA, Oliveira BM. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. *Rev Bioét.* 2013;21(3):486-93.
12. Garros D. Uma "boa" morte em UTI pediátrica: é isso possível? *J Pediatr (Rio J).* 2003;79:S243-54.
13. Dadalto L, Affonseca CA. Considerações médicas, éticas e jurídicas sobre decisões de fim de vida em pacientes pediátricos. *Rev Bioética.* 2018;26(1):12-21.
14. Bernadà M, Dall'Orso P, Fernández G, González E, Dallo M, Caperchione F, et al. Características de una población de niños hospitalizados con condiciones de salud pasibles de cuidados paliativos pediátricos: primeros pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell (UCPP-CHPR). *Rev Méd Urug.* 2011;27(4):220-7.
15. Poles K, Bousso RS. Morte digna da criança: análise de conceito. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(1):215-22.
16. González Morejón AE, Selman-Houssein Sosa CE, Serrano Ricardo G. Atresia pulmonar con septum interventricular intacto, relevancia clínica del tratamiento paliativo aplicado en nuestro medio. *Rev Cubana Pediatr.* 2013;85(2):149-62.

CONSTRUÇÃO DO E-BOOK “CONVERSANDO SOBRE CORONAVÍRUS COVID-19”

CONSTRUCTION OF THE E-BOOK “TALKING ABOUT CORONAVIRUS COVID-19”

CONSTRUCCIÓN DEL LIBRO ELECTRÓNICO “HABLANDO SOBRE CORONAVIRUS COVID-19”

Daiana Beatriz de Lira e Silva¹

Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda¹

Betânia Maria Pereira dos Santos¹

Cesar Cartaxo Cavalcanti¹

(<https://orcid.org/0000-0003-1129-2662>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2325-4647>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6985-2306>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4896-260X>)

Descritores

Coronavirus; Política Pública;
Pandemia; Infecções por
coronavirus; Livro

Descriptors

Coronavirus; Public policy;
Pandemic; Coronavirus infections;
Book

Descriptores

Coronavirus; Política pública;
Pandemia; Infecciones por
coronavirus; Libro

Recebido

8 de Agosto de 2020

Aceito

5 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Daiana Beatriz de Lira e Silva
E-mail: daiana_beatriz@hotmail.
com

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência da construção do E-book sobre COVID-19 para o público em geral.

Métodos: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência resultante das ações do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Pessoa em Condições Críticas, consistiu no empenho acadêmico sobre os efeitos do SARS-CoV-2, causador da Pandemia. Todas as etapas da construção do E-book, foram elaboradas pelos autores, incluindo as ilustrações apresentadas. Realizou-se reuniões virtuais para discussão do tema, na sequência, a construção do material.

Resultados: Promoção do repasse de conhecimentos sobre a temática, de forma simples e acessível. Publicado pela editora do Conselho Federal de Enfermagem, Brasília-DF. O *E-book* contém um total de cinquenta e sete páginas.

Conclusão: A construção desse material educativo foi uma forma de educação em saúde, levando orientações de fácil compreensão e acesso. As informações através de materiais didáticos auxiliam a população a preparar-se para esse enfrentamento.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of building the E-book on COVID-19 for the general public.

Methods: A descriptive study, of the experience report type resulting from the actions of the Study Group and Research in Health of the Person in Critical Conditions consisted of the academic commitment on the effects of SARS-CoV-2, which causes Pandemic. All the stages of the construction of the E-book, were elaborated by the authors, including the presented illustrations. Virtual meetings were held to discuss the topic, followed by the construction of the material.

Results: promoting the transfer of knowledge on the theme, in a simple and accessible way. Published by the publisher of the Federal Nursing Council, Brasília-DF. The E-book contains a total of fifty-seven pages.

Conclusion: the construction of this educational material was a form of health education, taking guidelines that are easy to understand and access. Information through didactic materials helps the population to prepare for this confrontation.

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de construir el libro electrónico sobre COVID-19 para el público en general.

Métodos: Estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia resultante de las acciones del Grupo de Estudio e Investigación en Salud de la Persona en Condiciones Críticas, consistió en el compromiso académico sobre los efectos del SARS-CoV-2, causante de Pandemia. Todas las etapas de la construcción del *E-book*, fueron elaboradas por los autores, incluidas las ilustraciones presentadas. Se realizaron reuniones virtuales para discutir el tema, seguidas de la construcción del material.

Resultados: Promover la transferencia de conocimientos sobre el tema, de forma sencilla y accesible. Publicado por la editorial del Consejo Federal de Enfermería, Brasília-DF. El libro electrónico contiene un total de cincuenta y siete páginas.

Conclusión: La construcción de este material educativo fue una forma de educación en salud, tomando pautas de fácil comprensión y acceso. La información a través de materiales didácticos ayuda a la población a prepararse para este enfrentamiento.

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Como citar:

Lira e Silva DB, Arruda AJ, Santos BM, Cavalcanti CC. Construção do e-book “Conversando sobre coronavirus COVID-19”. *Enferm Foco*. 2021;12(3):622-6.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4288

INTRODUÇÃO

A doença do novo coronavírus 2019 (COVID-19), caracteriza-se por uma infecção viral, onde atinge principalmente o sistema respiratório e gastrointestinal. Causada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus.⁽¹⁾ Estudos descrevem que esse vírus quando observado em microscopia eletrônica, apresenta estruturas proeminentes que se assemelham a uma "coroa", justificando o termo "corona".^(2,3)

O SARS-CoV-2, agente causador do COVID-19, foi identificado no final do ano de 2019 em Wuhan, na China. É considerado uma doença com alta transmissibilidade e de alto potencial de contágio. Diante o rápido avanço no número de casos no mundo, em março de 2020 o diretor-geral da Organização Mundial de Saúde, declarou pandemia do novo coronavírus.⁽⁴⁾

A Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus possui como porta de entrada as mucosas dos olhos, boca e nariz.⁽⁵⁾ Acredita-se que a transmissão ocorra principalmente através da emissão de gotículas respiratórias infectadas, expelidas por tosse ou espirro, além disso, os fômites também são considerados fontes de infecção.^(6,7)

A transmissão ocorre de forma indireta através das mãos e contato com a superfície contaminada, portanto, mostra-se a importância do distanciamento social, para diminuir a difusão da doença de pessoa a pessoa. Sendo assim, uma medida de precaução à saúde, e tem intenção de preservação e proteção à vida, com um forte impacto social.⁽⁸⁾

Diante da rápida transmissibilidade entre os seres humanos, o Ministério da Saúde do Brasil (MSB) acionou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE COVID-19), com o objetivo de sistematizar o Sistema Único de Saúde (SUS), fornecendo assistência, medidas de controle de infecção, suporte laboratorial e comunicação de risco, que deveriam ser seguidos pelas Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal, bem como serviços de saúde pública ou privada, agências e empresas.⁽⁹⁾

Nesse contexto, os autores tiveram a iniciativa de elaborar um material contendo informações de caráter técnico científico, de linguagem acessível, para a utilização das pessoas interessadas na matéria nesses tempos de peleja contra o inimigo invisível. O conteúdo permeia pela descrição do vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavírus e as alterações fisiológicas encontradas nas pessoas acometidas.

O material foi elaborado em formato *E-book*, acreditando-se que as tecnologias digitais condicionam a uma nova concepção de informação para a sociedade levando ao seu

protagonismo, em uma era em que o acesso à informação é facilitado e acessível.⁽¹⁰⁾ Diante o avanço que a internet disponibiliza, ela é considerada como um meio de comunicação de um grande potencial disseminador.

O presente estudo tem como objetivo descrever a construção do *E-book* "Conversando sobre o Coronavírus COVID-19", sobre o enfrentamento do Coronavírus, através de uma linguagem simples e acessível voltada ao público em geral, trazendo informações de caráter técnico, como sintomas, diagnóstico, transmissão, tratamento e prevenção, utilizando formas simples de veiculação da informação, com imagens de personagens representando os profissionais de saúde em diálogo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência resultante das ações do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Pessoa em Condições Críticas. Consistiu no empenho acadêmico sobre os efeitos da Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavírus, causador da Pandemia. Todas as etapas da construção do *E-book*, foi elaborado pelos autores, incluindo as ilustrações apresentadas.

O atual relato, foi concretizado após a construção do material. Os autores optaram pelo modelo de *E-book* pelo fato de ser um meio de fácil acesso e aquisição nesse momento de pandemia. Foram realizadas reuniões virtuais para discussão do tema, na sequência, a construção do material.

O período da construção do material foi de dois meses, maio e junho de 2020.

A construção do material, foi planejado e desenvolvido por docentes pesquisadores e discentes de Enfermagem da Universidade Pública Federal da Paraíba, bem como enfermeiros de serviços públicos e privados do Estado da Paraíba.

Foram respeitados os aspectos éticos preconizados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Como trata-se de um relato de experiência e não utilização de dados de seres humanos, o trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Os autores respeitaram os critérios éticos e jurídicos em relação a utilização de textos e imagem, preservando direitos autorais.

Objetivos da experiência

O objetivo da construção do *E-book* "Conversando sobre o Coronavírus COVID-19" para o público em geral, é a discussão acerca da criatividade dos autores em transformar

e difundir o conhecimento acerca do tema, através de uma forma didática e de simples compreensão para os futuros leitores. Um dos aspectos desta iniciativa é envolver o público numa atmosfera menos agressiva e aterrorizante dos efeitos deste vírus.

Descrição da experiência

O processo de construção do E-book faz parte de uma proposta do Grupo de Estudos e Pesquisa de uma universidade pública do estado da Paraíba. A temática foi sugerida pela Líder do grupo juntamente com os demais pesquisadores, optou em produzir, de forma lúdica, as informações que são de grande valor científico e defensivo para as pessoas que são pacientemente repassadas e facilmente memorizadas.

O desenvolvimento do material ocorreu em sete etapas: 1) planejamento da temática; 2) revisão da literatura sobre o tema; 3) escolha do meio de divulgação; 4) escolha dos recursos gráficos; 5) construção do material; 6) envio para editora; 7) divulgação do material.

Na primeira etapa, devido a pandemia, os autores se reuniram para o planejamento através de reuniões virtuais. A partir das vivências iniciais e discussões sobre o momento vivido, optou-se em trabalhar a temática vivenciada no momento, o E-book foi intitulado "Conversando sobre Coronavírus COVID-19", apresentando informações de caráter técnico e de fácil compreensão (Figura 1).

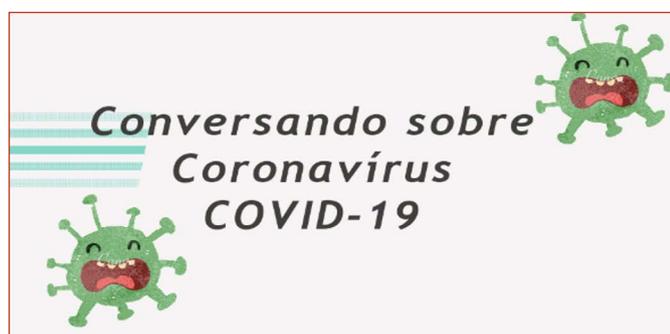


Figura 1. Ilustração representativa da capa do E-book "Conversando sobre Coronavírus COVID-19"

Na segunda etapa, o levantamento bibliográfico foi direcionado para bancos de dados na web, onde realizou a seleção de informações para construção do material. Foram utilizadas referências confiáveis para garantir a qualidade e veracidade das informações repassadas, incluído protocolos da OMS e diretrizes do COFEN.

Na escolha do meio de divulgação, foi optado pelo impresso digital E-book, pelo fato que, durante a pandemia não haveria ações de saúde presenciais fortalecendo o distanciamento social. Acredita-se o acesso e circulação de informações têm sido facilitados pelos avanços nas

tecnologias, abrindo caminho à comunicação, proporcionando confecção de materiais didáticos multimodais.⁽¹¹⁾

Os recursos gráficos foram escolhidos para melhor visibilidade e compreensão do assunto. Os personagens "Enfermeiro Paulo e Enfermeira Fernanda" foram criados exclusivamente para a confecção do E-book. As imagens dos personagens utilizadas são de autoria dos próprios autores e as demais apresentadas forma adquiridas no banco de imagens disponíveis no canva.

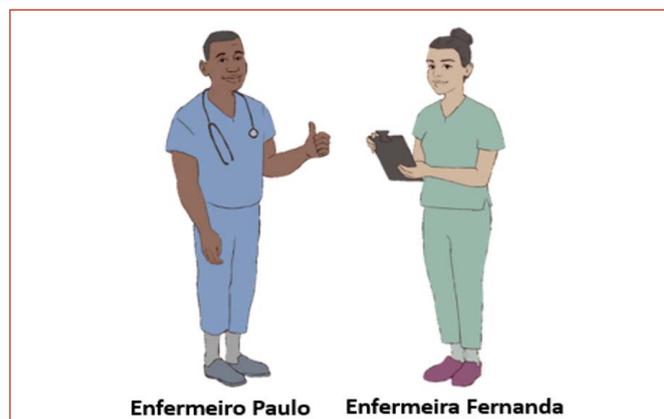
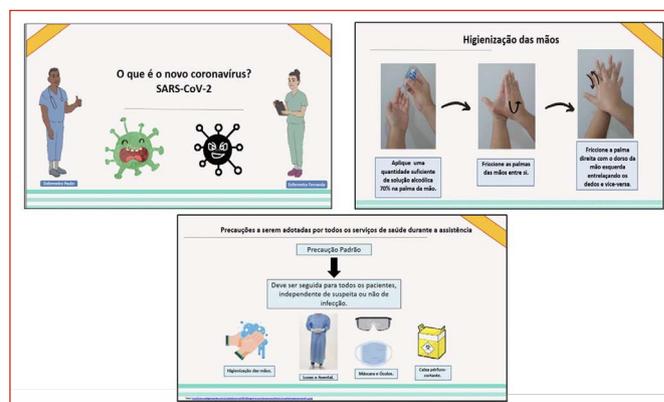


Figura 2. Ilustração dos personagens "Enfermeiro Paulo e Enfermeira Fernanda"

A construção do material, formatação e configuração, foi realizada por um dos autores no Canva, uma ferramenta de criação e edição de designs na internet. Em formato virtual, do tipo "pdf", possui um total de cinquenta e sete páginas. Apresenta um texto híbrido, com imagens e textos. A fonte foi Times New Roman, o tamanho variou, para manter a boa visualização do leitor (Figura 3).



* Sequência das páginas da esquerda para direita: Página 12 (O que é o novo coronavírus? SARS-CoV-2). Página 24 (Higienização das mãos). Página 32 (Precauções a serem adotadas por todos os serviços de saúde durante a assistência)

Figura 3. Ilustração representativa do E-book "Conversando sobre Coronavírus COVID-19"

Em relação aos elementos textuais do E-book, foi dividido em 20 tópicos, sendo discutidos posteriormente de uma

maneira de fácil entendimento. Toda temática abordada pode ser visualizada através das figuras 4 e 5.

SUMÁRIO	
INTRODUÇÃO	9
O QUE É CORONAVÍRUS ?	9
DE ONDE VEM O CORONAVÍRUS ?	10
O QUE É O NOVO CORONAVÍRUS SARS-CoV-2?	11
COMO SE TRANSMITE O COVID-19?	13
QUAIS SÃO OS SINTOMAS DO COVID-19?	16
COMO SE DÁ O DIAGNÓSTICO DO COVID-19?	17
COMO SE DÁ O TRATAMENTO PARA O COVID-19?	20
COMO PREVENIR O COVID-19?	21
TÉCNICA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	23
RISCOS DO USO DOMÉSTICO DE ÁLCOOL A 70%	26

Figura 4. Conteúdos abordados no E-book "Conversando sobre Coronavírus COVID-19"

SUMÁRIO	
PRECAUÇÕES A SEREM ADOTADAS POR TODOS OS SERVIÇOS DE SAÚDE DURANTE A ASSISTÊNCIA	29
QUAIS OS CUIDADOS COM O PACIENTE COM O COVID-19?	35
UTILIZAÇÃO DO EPI PARA PROFISSIONAIS	37
COMO SE DÁ O RASTREAMENTO DE CASOS SUSPEITOS ?	39
QUAL A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO DOS NOVOS CASOS DO COVID-19?	41
QUAL A IMPORTÂNCIA DO ISOLAMENTO SOCIAL?	45
O QUE FAZER DURANTE ESSE ISOLAMENTO SOCIAL?	47
COMO ENFRENTAR O ESTRESSE EM TEMPO DE PANDEMIA ?	49
O QUE FAZER QUANDO PRECISAR SAIR DE CASA?	54
REREFERÊNCIAS	56

Figura 5. Conteúdos abordados no E-book "Conversando sobre Coronavírus COVID-19"

Todos os tópicos foram abordados com uma linguagem acessível ao público. Inicia com uns tópicos introdutórios sobre o Coronavírus COVID-19, trazendo informações gerais, história, transmissão, sintomas, diagnósticos, tratamento, prevenção, técnica de higienização das mãos e riscos do uso doméstico de Álcool à 70% (Figura 5).

Seguindo com os temas propostos, optou-se em direcionar uma abordagem especificamente para os profissionais de saúde. Precauções adotadas por serviços de saúde durante a pandemia, cuidados com os pacientes com o COVID-19, utilização do EPI para profissionais, rastreamento de casos suspeitos e a importância da investigação dos novos casos.

Diante o cenário da pandemia, medidas de distanciamento e isolamento social foram as formas de prevenção e precaução mais adotadas para achatar a curva de contágio, diante disso, estratégias de apoio como leituras, filmes, músicas, ajudam a favorecer o bem-estar psicológico.^(8,12)

Por isso foi demonstrado a importância do isolamento social, o que fazer durante esse isolamento e como enfrentar o estresse em tempo pandemia.

Diante o cenário atual, é fundamental o conhecimento em relação aos aspectos relacionados pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), assim, as pessoas terão mais controle da situação.⁽¹³⁾

Ao término de todo trabalho, o material foi encaminhado para editora antes da divulgação oficial. Ao ser liberado ISBN e ficha catalográfica, os autores divulgaram o conteúdo por redes sociais e aplicativos de mensagens instantâneas. O E-book está disponível online e pode ser encontrada nesse link: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/LIVRO-CORONA-POWER-POINT-1.pdf>.

Principais resultados alcançados

Um dos resultados desse trabalho, foi o desenvolvimento de um material de fácil entendimento para o público em geral. Trazendo informações claras e precisas sobre o Coronavírus COVID-19 por meio de uma tecnologia gratuita e online. O material teve um alcance no seu público alvo, visto que, ao ser vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisa, o material pôde ser divulgado pelos meios de comunicação da universidade, por meio dos docentes, discentes, enfermeiros e outros profissionais de saúde, aumentando a visibilidade do trabalho.

Este estudo, tem como uma das limitações, a forma de divulgação, mesmo sendo projetada para ser divulgada por meio virtual, acredita-se que a disponibilização por meio impresso, teria maior alcance do público-alvo. Outra limitação é a mensuração desse alcance, pois o meio é de fácil envio e não tem como quantificar.

A contribuição desse estudo, está na promoção de saúde para o público em geral, o compartilhamento de conhecimentos técnicos e científicos através de uma leitura simples e acessível permite o usuário compreender e memorizar mais facilmente o assunto abordado. A experiência permitiu acreditar que é possível se reinventar diante uma pandemia, superando desafios e garantindo a educação em saúde e atenção à saúde de qualidade para população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de construir um conhecimento acadêmico ou viabilizá-lo, e agora relatar a descrição desse processo de construção, foi e está sendo, extremamente prazeroso e recompensador do esforço coletivo que motivou sua confecção. Acompanhar a luta incessante de nossos pares, na linha de frente do combate a essa Síndrome Respiratória

Aguda Grave, também nos inspirou a contribuir de alguma forma para a luta rumo a vitória sobre esse inimigo silencioso e forte. Essa contribuição é dirigida não apenas aos colegas, mas também, as comunidades usuárias de nossos serviços. Desde o planejamento para a construção desse projeto, agora viabilizado, até seu envio para a editora, visando sua divulgação, passando pela revisão da literatura e escolha dos recursos gráficos que seriam utilizados, um sentimento de satisfação pessoal e de dever cumprido, tomou conta de toda a equipe que já encontra-se viabilizando novos projetos. É nosso desejo que a construção e divulgação do *E-book* "Conversando sobre Coronavírus

COVID-19" inspire novas iniciativas de contribuição ao conhecimento acadêmico sobre essa Síndrome, mas que sua ruína aconteça o quanto antes.

Agradecimentos

Agradecemos a Editora do Conselho Federal de Enfermagem- COFEN pela edição e publicação do E-book ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Pessoa em Condições Críticas- GEPSPCC do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba pela contribuição para perpetuação do conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382:727-733.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus (COVID-19): Sobre a doença [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. [citado 2020 Ago 5]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/index.php/sobre-a-doenca>
3. Albuquerque LP, Silva RB, Araújo RM. COVID-19: origin, pathogenesis, transmission, clinical aspects and current therapeutic strategies. *Rev Pre Infec Saúde*. 2020;6:10432.
4. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FH. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies [Editorial]. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(3):232-5.
5. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. Brasília (DF):OPAS; 2020. [citado 2020 Ago 5]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812
6. Hammerschmidt KS, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e72846.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus - COVID-19 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. [citado 2020 Ago 5]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>
8. World Health Organization (WHO). COVID-19 and food safety: guidance for food businesses [Internet]. Genève: WHO; 2020. [cited 2020 Aug 6]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-and-food-safety-guidance-for-food-businesses>
9. Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *J Infect Public Health*. 2020;13(5):667-73.
10. Modelski D, Giraffa LM, Casartelli AO. Tecnologias digitais, formação docente e práticas pedagógicas. *Educ Pesqui*. 2019;45:e180201.
11. Barbosa VS, Araújo AD, Aragão CO. Multimodalidade e multiletramentos: análise de atividades de leitura em meio digital. *Rev Bras Linguist Apl*. 2016;16(4):623-59.
12. Nunes VM, Machado FC, Morais MM, Costa LA, Nascimento IC, Nobre TT, et al. COVID-19 e o cuidado de idosos: recomendações para instituições de longa permanência. Natal: EDUFRRN; 2020.
13. Lise F, Neves JL, Oliveira NP, Senna LR, Schwartz E, Spagnolo LM. Abordagem da Enfermagem às famílias no enfrentamento do distanciamento social e do novo coronavírus. *Enferm Foco*. 2020;11(Esp. 2):219-26.